



STUDENTS TRUST INTERNATIONAL

## EDUCATION PAYMENT (EP) APPLICATION

学生番号	プラン:丸を付けてください STI C\$ STI US\$ Bermuda Plan	Benefit Expiration: Last year eligibility	学資金申請回数: 丸を付けてください 1, 2, 3 or 4	契約証書番号 例: 1234567890
お子様のお名前・ご住所			ご登録された学資金受取人の電話番号とEメールアドレス E-mail 1: E-mail 2: Tel.No:	

## 学資金受取人への権限の付与

- 学資金のお受取を申請される場合、ここにチェックし、以下にサインして下さい。
- 学資金受取の申請の為、教育機関の事務局から当基金へ、私の就学に関する情報を提供することに同意します。

契約様からお子様へと、ご連絡先を変更される場合はお子様のEメールアドレス

お子様のご署名

署名日

Beneficiary Email Address

Signature of Beneficiary

Date

学資金受取人の方へ:

- 2009年6月15日までに、お客様の学資金受取の申請または就学の延期について、ご意思を当基金までEメールにてお知らせ下さい。
- 教育機関の事務局に、この申請書をご提出下さい。  
教育機関の事務局が下記の「教育機関事務局による記入事項」を全て記入いたします。
- 当基金では公式の原本のみを申請書として受付致します。(例:郵便、書留、または宅配便で下記の当基金トロントオフィスまでご郵送された申請書の原本。)

## 教育機関事務局による記入事項(すべてにご記入下さい)

下記は、学生が就学する高等教育機関の事務局がご記入をお願い致します。  
例えば、学生が2回生を完了するのに必要な単位を終了した後、再度2回生として在学する時、その学生は3回生に進級したと当基金では考えます。

ご注意: 万が一、上記の学生がSTIプランを変更または譲渡した時には、当基金からその学生が属していた教育プログラムの在籍確認について問い合わせることがあります。  
ご注意: 訂正をされる場合、押印を添えて頂けますようお願い致します。押印のない訂正がある場合、この申請書は受理されません。

申請される学年 申請される学年にチェックをお付けください	CO-OPプログラムを含む教育機関の場合ここに記入下さい。このプログラムはカナダ国内でのみ採用されている高等教育プログラムです。
<input type="checkbox"/> Year 1 / Freshman Junior	<input type="checkbox"/> Academic Term <input type="checkbox"/> Work Term
<input type="checkbox"/> Year 2 / Sophomore Senior	<input type="checkbox"/> Year 1 <input type="checkbox"/> Year 2 <input type="checkbox"/> Year 3 <input type="checkbox"/> Year 4
<input type="checkbox"/> Year 3/	
<input type="checkbox"/> Year 4/	

専攻名 : \_\_\_\_\_

教育機関のタイプ:  Degree  3Yr. Diploma  2 Yr. Diploma  \*1 Yr. Certificate  \*Other: \_\_\_\_\_

申請される学年が始まる日 : \_\_\_\_\_ (DD) \_\_\_\_\_ (MM) \_\_\_\_\_ (YYYY)

何年制の教育機関か: \_\_\_\_\_ \* (1Yr.) \_\_\_\_\_ (2Yr.) \_\_\_\_\_ (3Yr.) \_\_\_\_\_ (4Yr.) \_\_\_\_\_ (others)

種類 : FULL-TIME \_\_\_\_\_ PART-TIME \_\_\_\_\_

\* 当教育機関では年13週間以上続く教育を提供し、各週の授業は10時間以下ではありません。 : \_\_\_\_\_ YES \_\_\_\_\_ NO

重要事項 : 現在の教育機関の入学に必要な中高等教育の期間(例:高校なら3年) :  1Year  2Year  3Year  None

ご注意: もし、就学前に履修必須となる教育プログラム(高卒認定=高等学校卒業程度認定試験)等がありましたら、下線部にご記入下さい。

Remarks: \_\_\_\_\_

## MUST AFFIX INSTITUTION SEAL TO AUTHENTICATE APPLICATION

教育機関名 : \_\_\_\_\_

担当者名 : \_\_\_\_\_

肩書き・所属 : \_\_\_\_\_

担当者署名 : \_\_\_\_\_

日付: \_\_\_\_\_ 電話番号: \_\_\_\_\_

教育機関のスタンプ  
押印

ご注意: この申請書(原本)は下記住所まで申請者ご本人が郵送にてご送付下さい。FAXでの受付はお受けできません。

OEF CANADA, THE EXCHANGE TOWER, PO BOX 427 130 KING ST. W.  
SUITE 1800 TORONTO, ON M5X 1E3 CANADA~TEL(905) 231-1142  
EMAIL:bermuda@stiplan.com~ WEBSITE: www.stiplan.com

受取人によるご記入箇所

教育機関事務局のご記入箇所