

兄弟姉妹入学金減免申請書

長野保健医療大学 学長 殿

私は兄弟姉妹入学金減免の対象となっていますので、減免を申請します。

【申請者(減免の対象となる志願者)】

| | |
|----------------|--|
| フリガナ | |
| 志願者氏名 | |
| 第1志望の 学部・専攻 | <input type="checkbox"/> 理学療法学専攻 <input type="checkbox"/> 作業療法学専攻 <input type="checkbox"/> 看護学部 ※該当に <input type="checkbox"/> を記入してください |

【在学生・卒業生・受験生(申請者と同時入学する方)】 該当に

| | |
|-------------------------------|---|
| 区分 | <input type="checkbox"/> 卒業生 <input type="checkbox"/> 在学生 <input type="checkbox"/> 受験生 |
| 所属 学年・卒業年を記入 (受験生は記入不要) | 長野保健医療大学 <input type="checkbox"/> 理学療法学専攻 <input type="checkbox"/> 作業療法学専攻 <input type="checkbox"/> 看護学部 (在学生) 学年在学 (卒業生) (西暦) 年卒業 長野医療技術専門学校 <input type="checkbox"/> 理学療法学科 <input type="checkbox"/> 作業療法学科 (西暦) 年卒業 |
| 学籍番号 (受験生は記入不要) | |
| フリガナ | |
| 氏名 | (旧姓) |
| 生年月日 | (西暦) 年 月 日 |

※卒業生で学籍番号が不明な場合は、卒業証書をA4サイズにコピーして添付してください。