

## 兄弟姉妹入学金減免申請書

(西暦) 年 月 日

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

注1) 申請書に記入後、コピーをとり入学まで保管してください。

注2) 申請書は、出願書類に同封して提出してください。(出願時に申請されないと減免されません)

注3) 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。