

年 月 日

一般社団法人札幌歯科医師会立  
札幌歯科学院専門学校 学院長 殿

## 入学金減免申請書

ファミリー支援制度を利用し、貴学へ出願いたします。

記

### <出願者(申請者)>

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)  
生 年 月 日 \_\_\_\_\_ 昭和・平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生  
住 所 \_\_\_\_\_  
保 護 者 氏 名 \_\_\_\_\_

### <制度利用理由>

本校在学・卒業者氏名 \_\_\_\_\_ 【旧姓: \_\_\_\_\_】  
又は同一年度出願者氏名 \_\_\_\_\_  
生 年 月 日 \_\_\_\_\_ 昭和・平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生  
在学・卒業 学科名 \_\_\_\_\_  
入学または卒業年 \_\_\_\_\_ 昭和・平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 入学・卒業  
出願者との続柄 \_\_\_\_\_

学校記入欄 ※記入しないでください。

確認日	学科名	学籍番号	受験番号	確認印	備考