

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