

受験番号	※記入しないでください
------	-------------

家族紹介入学金減免申請書

記入日 西暦 年 月 日

学校法人 北都健勝学園
新潟看護医療専門学校 学校長 様

新潟看護医療専門学校 家族紹介制度による入学金の減免を申請いたします。

申請者 (紹介者)	ふりがな		志願者本人との続柄
	氏名	旧姓： () ※旧姓のある方は、旧姓もご記入ください。	
	生年月日	西暦 年 月 日生	
	住所 電話番号	〒 — 電話番号 () —	
	卒業・在籍 学校	1. 新潟看護医療専門学校 2. 新潟看護医療専門学校村上校 3. 新潟リハビリテーション大学・大学院 (新潟リハビリテーション大学院大学) 4. 新潟リハビリテーション専門学校	学科・専攻
	卒業・入学 年月	西暦 年 月 卒業・入学	
対象者 (志願者本人)	ふりがな		
	氏名		
	生年月日	西暦 年 月 日生	
	住所 電話番号	〒 — 電話番号 () —	

※この申請書は、所定事項を記入のうえ願書提出時に添付してください。添付されていない場合は、入学金の減免は適用されません。

学校記入欄	区分	減免額	審査結果	※特記欄
	1. 在校生	<input type="checkbox"/> 200,000 円	<input type="checkbox"/> 許可	
2. 卒業生	<input type="checkbox"/> 100,000 円	<input type="checkbox"/> 不許可		