

※印欄は記入しないで下さい。

※ 受験番号

卒業生・在学生親族対象 納入金免除申請書

年 月 日

日本文理大学 学長 殿

志願者氏名： _____

以下の事由に該当しますので、納入金免除を申請いたします。

☑ ※該当する項目の欄に○をして下さい。

<input type="checkbox"/>	志願者が日本文理大学の卒業生または在学生の子弟・兄弟姉妹であり、かつ通算で3名以上の在籍となる
<input type="checkbox"/>	志願者が日本文理大学の卒業生または在学生の子弟・兄弟姉妹である
<input type="checkbox"/>	志願者が日本文理大学の卒業生または在学生の3親等以内(甥・姪など)である

〈本学卒業生・在学生情報〉 ※該当する方をすべてご記入ください。

氏 名	フリガナ (姓)	(名)	性別	男 ・ 女
卒業又は在籍校等 (該当する方に☑を付けて下さい。)	<input type="checkbox"/> 日本文理大学	学 部 _____	<input type="checkbox"/> 卒業 (年度)	
	<input type="checkbox"/> 日本文理大学 医療専門学校			
受験生との続柄				

氏 名	フリガナ (姓)	(名)	性別	男 ・ 女
卒業又は在籍校等 (該当する方に☑を付けて下さい。)	<input type="checkbox"/> 日本文理大学	学 部 _____	<input type="checkbox"/> 卒業 (年度)	
	<input type="checkbox"/> 日本文理大学 医療専門学校			
受験生との続柄				

※出願時に必ずご提出下さい。出願後は、受けられない場合があります。

※志願者との関係確認のため、証明書類等提出していただく場合がございますので、ご了承下さい。

※本学卒業生・在学生情報記入欄が不足する場合は、本紙をコピーしてご記入下さい。

※自己申請の制度のため、申請がない場合は、免除特典が適用されない場合があります。

※奨励金制度及びその他の免除制度との併用はできません。

※本学卒業生または在学生のいとは上記の免除制度に該当しません。

※「本学卒業生または在学生」には、日本文理大学医療専門学校の卒業生または在校生も対象になります。