

姉妹入学金減免申請書

年 月 日

豊橋歯科衛生士専門学校長 殿

豊橋歯科衛生士専門学校姉妹入学金免除規定に基づき、下記のとおり申請致します

1. 入学希望者

ふりがな		生年月日	昭和・平成 年 月 日生
氏名			

2. 本校卒業生または在校生で入学希望者の姉妹の方（同時に入学する場合は二人目の方）

ふりがな		生年月日	昭和・平成 年 月 日生
氏名			
ふりがな		<input type="checkbox"/> 既卒 年 月卒業（第 期生） <input type="checkbox"/> 在学中 年生	
旧姓			
現住所	〒		

[注意事項]

- 1 この申請書は他必要書類とともに入学手続き期限までに本校に提出してください。
- 2 姉妹が複数名いる方は代表者を一名記入してください。
- 3 申請時には続柄が証明できる書類を提出してください。
- 4 他の入学金減免制度と併用することはできません。