受験番号	

※本学記入欄

同窓生・在校生入学金減免制度申請書

（西暦）　　年　　月　　日

国際医療専門学校長　殿

下記の通り同窓生・在校生入学金減免制度を申請いたします。

受験者氏名			
生年月日（西暦）		性 別	男・女
ご紹介者との関係 （〇で囲んでください）	① 卒業生本人　　②卒業生の子・孫 ③在校生の２親等以内		

【ご紹介者情報記入欄】※ご紹介者様がご記入ください。

氏 名			
住 所	〒		
出身専門学校			
電話番号		在学年 ※在校生の場合記入	
卒業年度（西暦） ※卒業生の場合記入		受験生との 関係性 （〇で囲んでください）	・親・祖父母 ・２親等以内

※本学を専願受験し、合格した場合に減免（入学金より 100,000 円）される制度です。

※こちらからご連絡させていただく場合があります。ご了承ください。