様式第１号（第６条関係）

愛媛県立医療技術大学助産学専攻科入学選考料等減免申請書

年　　月　　日

公立大学法人愛媛県立医療技術大学理事長　様

住　　所

申請者　　　（受験番号）

氏　　名　　　　　　　　　　　　㊞

住　　所

保証人（保護者）

氏　　名　　　　 　　　　　　　㊞

* 記名押印に代えて署名することができます。

次のとおり、減免してくださるよう申請します。

記

１　減免の内容

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 入学選考料 | 入学料 | 授業料 |
| 減免申請額 |  |  | 年度　前期・後期 |

※入学料及び授業料は課税状況を勘案して減免額を決定しますので、減免申請額は申請者が納付すべき入学料及び授業料を記入してください。

２　免除申請の理由

３　添付書類

(1) 住民票の謄本

(2) 市町村長が発行する本人及び学費負担者の課税（所得）証明書