

年 月 日

兄弟姉妹・子女 入学金減額制度申請書

医療法人社団 和風会

多摩リハビリテーション学院

学院長 石田 信彦 殿

兄弟姉妹・子女 入学金減額制度に基づき、下記の通り申請いたします。

1.入学希望者

ふりがな		生年 月日	年 月 日生
氏 名			
志望学科			
第1志望 学科	第2志望 学科	第3志望 学科	学科

2.本学院卒業生又は在学生（自署・捺印ください）

上記の者は、私の兄弟姉妹子女に相違ありません。

ふりがな		印	生年月日	年 月 日生
氏 名	(旧姓：)		入学希望者 との 縦柄	
学 科	学科	<input type="checkbox"/> 在学生 _____ 年次		
学籍番号		<input type="checkbox"/> 平成 _____ 年3月卒業		