

金井学園兄弟学費減免採用願

令和 年 月 日

学校法人 金井学園
理事長 金井 兼 殿

保護者氏名

印

現住所

電話番号

金井学園兄弟学費減免対象学生・生徒として採用いただきますよう、関係書類を添えて出願します。

記

【減免対象学生・生徒】

学校	大 学 ・ 大学院 ・ 高等学校 ・ 専攻科 ・ 中学校 ・ 医療福祉 ・ 製菓 (○をつけてください)
学年・学部・学科・クラス	
学籍番号	
氏名	
生年月日	平成 年 月 日
現住所	
減免対象者が受けている奨学金 について (修学・就学支援金を除く)	<input type="checkbox"/> 受けている (奨学金の内容：) <input type="checkbox"/> 受ける予定 (奨学金の内容：) <input type="checkbox"/> 受けていない

<減免対象学生の学籍番号_____>

【兄弟姉妹】

学校	大 学 ・ 大学院 ・ 高等学校 ・ 専攻科 ・ 中学校 ・ 医療福祉 ・ 製菓 (○をつけてください)
学年・学部・学科・クラス	
学籍番号	
氏名	
生年月日	平成 年 月 日

【兄弟姉妹】

学校	大 学 ・ 大学院 ・ 高等学校 ・ 専攻科 ・ 中学校 ・ 医療福祉 ・ 製菓 (○をつけてください)
学年・学部・学科・クラス	
学籍番号	
氏名	
生年月日	平成 年 月 日

【兄弟姉妹】

学校	大 学 ・ 大学院 ・ 高等学校 ・ 専攻科 ・ 中学校 ・ 医療福祉 ・ 製菓 (○をつけてください)
学年・学部・学科・クラス	
学籍番号	
氏名	
生年月日	平成 年 月 日

※兄弟姉妹が4人以上いる場合は、この用紙をコピーしてお使いください。

関係書類 世帯全員分の住民票(原本)

《学園担当者使用欄》

	学務課	中高事務課	専門学校	経営企画課
受付日				
確認印				