

家族入学優遇制度 申請書

学校法人福岡保健学院 理事長 殿

私は下記理由により、「学校法人福岡保健学院 家族入学優遇制度」の対象者であると判断し、申請いたします。

「入学者」本人情報 記載欄

平成 年 月 日

氏名	印	男・女			
住所	〒	生年 月日	昭和 平成	年	月 日生
入学校名	学科				

「卒業生・在校生」家族情報 記載欄

氏名	印	旧姓()	男・女		
住所	〒	生年 月日	昭和 平成	年	月 日生
在籍・卒業校名	学科		在籍・卒業		
卒業年度	昭和 平成	年 月 卒業	入学者本人との関係	兄弟・姉妹・子供・孫・配偶者・両親・祖父母	

※在籍中の方は、「卒業年度」には記載しないで下さい。

※『家族入学優遇制度申請書』を提出する際には、入学者と家族との関係を証明する戸籍謄本等の添付が必要です。

これより下は記入しないで下さい。(事務記入用)

【在籍・卒業校】確認印
H 年 月 日

【入学校】確認印
H 年 月 日