

年 月 日
Year Month Day

学 長 殿
To: President, Hyogo College of Medicine

専 攻
Course

研究分野
Field of research

授業科目
Subject

年入学（予定） 第 学年
Admission (scheduled) in 20____ academic year

氏 名
Name (Personal seal)

大 学 院 生 学 費 減 額 願

Application for the tuition reduction for the graduate school student

大学院学費減免内規第 4 条第 1 項に該当いたしますので、別添月額基本給等証明書に基づき、授業料減額を許可していただくようお願いします。

添付証明書：_____

記
Description

減額期間
Period of reduction
年 4 月 1 日 ～ 年 3 月 3 1 日
Year Month Day - Year Month Day
(1 年毎に申請する)
(Application must be submitted per annum)