

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 _____

指導教授
Professor _____ (Personal seal) _____
seal)

大 学 院 生 学 費 減 額 推 薦 書

Recommendation for the tuition reduction for the graduate school student

下記の者については、「大学院学費減免内規」第 4 条第 1 項に該当しますので、
許可していただくようお願いします。

記
Description

年入学 第 学年
Admission in 20____ academic year

氏 名
Name _____

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