

| | |
|------|--------------|
| 受験番号 | ※ 記入しないでください |
|------|--------------|

西暦 年 月 日

兵 庫 医 科 大 学 長 殿

入 学 金 免 除 申 請 書

入学金免除申請資格に該当するため、下記のとおり申請いたします。

記

【氏 名】

【受験する研究科】

【申 請 資 格】 ☐ 学校法人兵庫医科大学 教職員
(☐にチェック) 所 属 :

☐ 本学卒業生 (旧 兵庫医療大学を含む)
学 部 :
卒業年月 : 年 月

☐ 本学修了生 (旧 兵庫医療大学を含む)
研 究 科 :
修了年月 : 年 月

以上