受付番号 ※本校記入	

20　　年　　月　　日

介護福祉学科 特別減免制度利用申請書

学校法人 北杜学園
仙台医療福祉専門学校
校　長　　殿

フリガナ		性　別	生 年 月 日
本人氏名		男・女	西暦 年　月　日生
本　人 現 住 所	〒　－　　電話　－　－ フリガナ 都 道 府 県　　郡 市 町 村		
出身高校等・その他	課程：□全日制　□定時制　□通信制　□高卒認定　□その他 学校　　科 高校等コード（P7参照） フリガナ 担任　　先生 卒業年月　西暦　年　月 □卒業　□卒業見込		
フリガナ		性　別	本人との続柄
父母等氏名	㊞	男・女	
父 母 等 現 住 所	〒　－　　電話　－　－ フリガナ 都 道 府 県　　郡 市 町 村		

●生活を共にする家族の状況（本人以外を記入してください）

氏　　名	続 柄	年 齢	職業（勤務先）又は学校名	同・別居の別

備　考	1. 職業は、兼業の場合も含め、具体的（勤務先等）に記載のこと。 2. 就学者の場合は、職業の欄に通学校名を記載のこと。

●申請理由（具体的かつ詳細に記入してください）

●添付書類

①□ 父及び母→ 給与所得がある方は申請時直近の「所得証明書」1通 個人事業者の方は申請時直近の「確定申告書等の写し」1通	②□ 世帯全員の記載のある住民票の写し 1通 ※マイナンバー（個人番号）の記載のないもの。

●申込要件

□ オープンキャンパス（オンライン含む）に参加済

参加日　　年　　月　　日

記入上の注意（介護福祉学科特別減免制度利用申請書）

(1) 該当する項目は、志願者本人が楷書でもれなく記入、またはチェック（☑）、または○で囲んでください。（ボールペン等使用のこと※消せるボールペン不可）
(2) 捺印もれのないようにお願いします。
(3) 受付期間は2024年4月8日から2025年3月14日までとなります。
(4) 高校等コード欄はP7を参照の上、出身高校等コードを記入してください。該当する出身高校等のコードが無い場合は、入学事務局に連絡してください。

（キリトリセン）