

申請日： 年 月 日

2019年度 入学選考料返還申請書

広島医療保健専門学校
校長 古澤 幸治 様

下記のとおり記載事項に相違ありません。つきましては、入学選考料の返還を申請します。

ふりがな 志願者氏名	㊟		生年月日	年 月 日
ふりがな 保護者氏名	㊟			
現住所 (連絡先住所)	〒			
連絡先 電話番号	【自宅】 () -	【志願者携帯】 - -	【保護者携帯】 - -	
出身高校				
入試の種類 (該当する入試 にチェック)	<input type="checkbox"/> 一般入試 <input type="checkbox"/> 推薦入試 <input type="checkbox"/> 指定校推薦入試 <input type="checkbox"/> トライ入試			
被災の状況等 (該当する事項 にチェックし、 詳しい状況を記 入してくださ い)	<input type="checkbox"/> (1) 主たる家計支持者(学費負担者)が死亡もしくは行方不明 <input type="checkbox"/> (2) 主たる家計支持者(学費負担者)が6ヶ月以上の長期療養中もしくは重度の障害を負っている <input type="checkbox"/> (3) 主たる家計支持者(学費負担者)が所有する家屋が全壊、大規模半壊、半壊の被害を受けた <input type="checkbox"/> (4) 主たる家計支持者(学費負担者)が失業するなどして著しい家計急変がある ①被災の程度や②予想される収入減や支出増について記入してください。			
添付書類 (該当する書類 にチェック)	<input type="checkbox"/> すでに提出済み <input type="checkbox"/> 被災により死亡したこと等を証明する書類(写し) (上記(1)に該当する方) <input type="checkbox"/> 医師の診断書(写し) (上記(2)に該当する方) <input type="checkbox"/> 罹災証明書(写し) (上記(3)に該当する方)			

※ご記入いただいた情報は、入学選考料返還に関連する業務以外には使用いたしません。