

検定料免除申請書

年 月 日

公立大学法人新見公立大学理事長 様

申請者（入学志願者）

フリガナ		連絡先 TEL	
氏 名	印	（ 携 帯 ）	
現在の住所	〒		
試験区分 *該当箇所に チェックして ください。	健康科学部 【学科名を○で囲んでください】	<input type="checkbox"/> 学校推薦型選抜（地域福祉学科・健康保育学科・看護学科） <input type="checkbox"/> 一般選抜：前期（地域福祉学科・健康保育学科・看護学科） <input type="checkbox"/> 一般選抜：中期（地域福祉学科） <input type="checkbox"/> 一般選抜：後期（健康保育学科・看護学科）	
	助産学専攻科	<input type="checkbox"/> 特別選抜入試	<input type="checkbox"/> 一般入試
	大 学 院	<input type="checkbox"/> 社会人特別入試	<input type="checkbox"/> 一般入試

私（又は学資負担者）は、下記のとおり被災しましたので、必要書類を添えて検定料の免除を申請します。

被災状況等

被災した年	年
-------	---

*該当箇所にチェックしてください。

<input type="checkbox"/> 学資負担者が現に居住していた家屋が全壊、大規模半壊、半壊、流失		
学資負担者	氏 名（続柄）	（続柄 ）」
	被災を受けた 当時の住所	
<input type="checkbox"/> 学資負担者が <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 行方不明		
学資負担者	氏 名（続柄）	（続柄 ）」
	被災を受けた 当時の住所	
<input type="checkbox"/> 学資負担者が被災したことによって、収入が見込めなくなった		
学資負担者	氏 名（続柄）	（続柄 ）」
	被災を受けた 当時の住所	

