|  |
| --- |
| ※本学記入欄 |

入学検定料免除申請書

年　　月　　日

　日本赤十字秋田看護大学長様

以下のとおり、入学検定料の免除を申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 入学試験の名称 |  | |
| 志　　願　　者 | ふりがな  氏　　名 |  |
| 高等学校名 | 高等学校 |
| 学費負担者の住所・連絡先・氏名  （｢被災した住所｣と｢現在連絡が取れる連絡｣が同一の場合は、｢現在連絡先が取れる連絡先｣欄は｢同上｣と記入してください。 | 被災した住所  （災害救助法の適用地域） | 〒  TEL  E-mail |
| 現在連絡が取れる連絡先 | 〒  TEL  E-mail |
| ふりがな  氏　　名 | ㊞  志願者との続柄（　　　　　） |
| 申請要件 | □　学費負担者が災害救助法の適用されている地域で被災し、死亡又は行方不明となった  □　学費負担者が災害救助法の摘要されている地域で被災し、所有する自宅家屋が全壊、大規模半壊、中規模半壊、半壊、準半壊又は流失した | |
| 添付書類 | * 学費負担者の死亡又は行方不明を証明する書類 * 学費負担者が居住する市区町村の長の発行する罹災証明書 | |
| 備　　考 | （証明書等を添付できない理由） | |

　記載及び申請時の注意　　１．□については、該当する事項に☑（チェック）を付けてください。