家族入学特待生制度証明書（申請書）

申請日 令和 年 月 日

藤華医療技術専門学校長 殿

貴学に在学（または卒業）の者の証明をしていただきたく申請いたします。

所属学科	氏名	生年月日	学籍番号または卒業年度
学科		年 月 日生	

入学（予定）者

受験番号 または学籍番号	入学する学科	氏名	生年月日	本人との関係
			年 月 日生	

*申請した事実が認められた際には、お支払いいただいた入学金の減免分を償還払いいたします。
(下記口座へお振込します)

*振込先をご記入ください

銀行
支店
口座番号
(フリガナ) 口座名義人

検印