

学校法人了徳寺大学特別研究生分納願

(西暦) 年 月 日

了徳寺大学 学長殿

| | | | | | | | | |
|-------|--------------------------|--------------------------|----------|---------|----|---|----|--|
| 申請者 | ふりがな | | 生年月日 | 年 | 月 | 日 | 性別 | |
| | 氏名 | | | | | | | |
| | 特別研究生証番号 | | 入学許可年月日等 | 入学許可日 | 年 | 月 | 日 | |
| | 学籍番号 | | | 修了予定日 | 年 | 月 | 日 | |
| 学科 | 理学療法学科 整復医療・トレーナー学科 看護学科 | | | | | | | |
| 連帯保証人 | ふりがな | | | | | | | |
| | 住所 | 〒 | | | | | | |
| | 連絡先 | 【電話】自宅・職場 携帯 【E-mail】 | | | | | | |
| 連帯保証人 | 氏名 自署・押印 | | ⑩ | 申請者との間柄 | | | | |
| | 生年月日 | 年 | 月 | 日 | 職業 | | | |
| | 住所 | 〒 | | | | | | |
| 分納申請額 | | 円 | | | | | | |

下記の理由により、(西暦) 年度の特別研究生授業料(円)の分納をお願いしたく、許可くださるよう申請いたします。分納に関しては、修了する年度の1月末日までに完納することを誓約いたします。

理由(事情を具体的に記入してください)

| | | | | | | | | |
|------|---|---|---------|---|---|---|---|----|
| 分納回数 | 全 | 回 | 第1回(西暦) | 年 | 月 | 日 | (| 円) |
| | | | 第2回(西暦) | 年 | 月 | 日 | (| 円) |
| | | | 第3回(西暦) | 年 | 月 | 日 | (| 円) |
| | | | 第4回(西暦) | 年 | 月 | 日 | (| 円) |
| | | | 第5回(西暦) | 年 | 月 | 日 | (| 円) |
| | | | 第6回(西暦) | 年 | 月 | 日 | (| 円) |
| | | | 第7回(西暦) | 年 | 月 | 日 | (| 円) |