

申請日 年 月 日

# 関西医療学園専門学校校友会 理学療法部会 外部模試受験料補助 申請書

関西医療学園専門学校 校友会

理学療法部会 会長 殿

申請者	ふりがな					印	卒業期	
	氏名						期生	
	連絡先	【住所】〒						
		【電話番号】						
【e-mail アドレス】								

模試内容	名称	受験日	受験料
	(1)	年 月 日	円
	(2)	年 月 日	円
	(3)	年 月 日	円
	(4)	年 月 日	円
(記入例) 平成27年度 第1回 ○○○○模試		平成27年12月21日	5,400円

- ※ 同一業者の模擬試験を複数回受験する場合は、実施回ごとに記入してください。
- ※ 本会より補助される金額は、各受験料の半額となります。
- ※ 本会より補助される模擬試験は、関西医療学園専門学校で受験する模擬試験に限ります。

<以下は記入しないで下さい>

- 受験料補助 (どちらかに○) 可 ・ 否
- 対象となる模擬試験 (申請書の模試内容の番号で記載) \_\_\_\_\_
- 補助金額 合計 ¥ \_\_\_\_\_

会長	受付	会計