

(別紙)

# 証 明 願

(在学中の学校名) 大学・高校  
授業料免除・奨学金担当者 殿

学部 学科 年

氏名 (兄弟姉妹) ㊟

このたび、私の兄弟姉妹(氏名 (本学在学学生))が、在学中の茨城県立医療大学に授業料免除申請をしますので、私の授業料免除申請状況及び各種奨学金の受給状況について証明願います。

(切り離さないでください)

# 証 明 書

平成 ○○ 年度入学				通学状況 ( 自宅 ・ 自宅外 )			
前年 (平成 30 年) の状況							
授 業 料 免 除	前期分			後期分			
	申 請 せ ず	申請結果		申 請 せ ず	申請結果		
		不許可	全額免除		半額免除	不許可	全額免除
		千円	千円		○○千円	千円	
奨 学 金	日本学生支援機構			受給期間	○○年○月～○○年	○月まで月額	○○○円
	その他名称( )			受給期間	年 月～ 年	月まで月額	円
	受給なし						

上記のとおり証明いたします。

20○○年 ○月○○日

(在学中の学校名) 大学・高校 学部

(担当者職氏名印) ○○ ○○ ㊟

※今年度入学者で前年度の状況が分からない場合は、入学年度及び通学状況のみ記入をお願いします。

※担当者職氏名欄は、学校長でなくても構いません。