

授 業 料 減 免 願

年 月 日

北海道公立大学法人
札幌医科大学理事長 様

(学籍番号)
(学部学科等)

申 請 者 氏名 印
学資支給人 氏名 印

次の理由により、関係書類を添え学資支給人連署のうえ提出いたしますので、
令和7年度後期分の授業料の額を免除又は減免して頂きたいとお願いいたします。
なお減免決定後、申告書等の内容に虚偽の事実が判明した場合は、減免許可の取り
下げと正規の授業料の支払いに応じます。

理 由

※独立世帯の場合は、学資支給人の署名・印は必要ありません。