

学 長	研究科長

指導教授

授業料減額制度適用申請書
Application Form for Tuition Fee Reduction

年 月 日
Year Month Day

藤田医科大学長 殿

受験番号
Examinee Number :
受験生氏名
Full Name :



私は、一般大学院生として、週4日以上、藤田医科大学において授業科目を履修し、指導教員の下で自らの研究に専念し、かつ常勤の雇用契約を締結していませんので、藤田医科大学大学院医学研究科学費等減免規程第6条に基づき、授業料減額制度の適用申請をいたします。なお、第7条に該当する事由が発生した場合には、速やかに申告することを誓約いたします。

I hereby pledge to take courses in Doctoral program more than four days per week as a general student, engage to research under being supervised by professor, and not to have any regular employment contracts. I hereby apply for tuition fee reduction in accordance with Article 6 of the Regulation for Reduction of Tuition Fees of Graduate School of Medicine, Fujita Health University. I pledge to report promptly if any of the events listed in Article 7 occur.