

宿泊支援制度申請書

平成 年 月 日

阪奈中央リハビリテーション専門学校 学校長殿

(申請者)

フリガナ 受験生氏名	印
フリガナ 保護者(保証人)氏名	※志願書と同一の方が、必ず直筆で記入、捺印してください。 印
志望校(学科) ※番号に○印	1) 阪奈中央リハビリテーション専門学校 理学療法学科 2) 阪奈中央リハビリテーション専門学校 作業療法学科
現住所	
e-mail	※宿舎が決まりましたら、メールで連絡させていただきます。
電話	() - ※緊急の際に最も連絡のつく番号を記入してください。
FAX	() - ※FAXのある方は必ず記入してください。

平成31年度入学試験を受験するに当たり、下記利用規約に同意しますので
宿舎の手配をお願いします。

(利用規約)

1. 適用は、受験生本人に限る。
2. 入学試験前日1泊の宿泊代のみ学園で負担する。それ以上の滞在等にかかる諸費用については、受験生が負担するものとする。
3. 宿泊施設は、学園指定の宿舎に限る。
4. 申請後、キャンセルの申し出は受け付けられない。万一、キャンセルした場合、キャンセル料は受験生が負担するものとする。
5. 宿泊施設でのトラブルについては、当学園は一切責任を負わない。

以上

校 長	事 務	処 理
		予約 (済 ・ 未) 支払 (済 ・ 未)