

湘南医療大学外国人留学生選抜学校推薦型選抜(指定校型)

経費支弁書

湘南医療大学長 殿

【出 願 者】 国 籍 _____
氏 名 _____
生年月日 _____

【経費支弁者】 住 所 〒 _____
氏 名 _____
電話番号 _____
勤 務 先 _____
出願者との関係 _____

私は、このたび上記の者が湘南医療大学薬学部医療薬学科に入学した際の経費支弁者になりましたので、下記のとおり経費支弁について証明します。

記

1 経費支弁を引き受けた理由

(申請者の経費支弁を引受けた理由及び申請者との関係について具体的に記載して下さい。)

2 経費支弁内容

私 _____ は、申請者の日本国滞在について、以下のとおり経費を支弁することを証明します。
また、申請者が在留期間更新許可申請を行った際には、送金証明書又は本人名義の預金通帳の写し等、生活費等の支弁事実を明らかにする書類を提出します。

(1) 学 費 年間 845,000 円

(2) 生 活 費 月額 _____ 円

(3) 支弁方法(送金・振込み等支弁方法を具体的に書いて下さい。)

_____ 年 _____ 月 _____ 日

※本書類は、経費支弁者本人が自署して下さい。経費支弁者が日本国外に在住の場合、本人の許可を取って出願者が代筆してください。