通信課程学割発行願

学校法人RWFグループ

四国中央医療福祉総合学院長 殿

提出日 年 月 日

学 科 名	☐ 社会福祉学科	学籍番号	
	☐ 精神保健福祉学科（一般）	氏 名	印（ 才）
送 付 先 住 所	〒 ー		

※精神保健福祉学科の短期養成課程については、修業年限が1年未満のため、学生運賃割引証は使用できません。

下記のとおり学割証の発行をお願いいたします。

記

乗車区間	駅 ～ 駅間
	駅 ～ 駅間
枚 数	1枚 ・ 2枚
発行可能期間	下記の初日の10日前から終了日の5日後まで
使用目的	面接授業（スクーリング）
発行年月日	発行者印

- (注)
1. 提出日、学科名、学籍番号、氏名及び太枠内を記入してください。
 2. この学割証で請求した乗車券は記名者（本人）以外使用できません。
 3. **乗車区間の片道が100km未満の場合は、発行できません。**
 4. 不正行為を行なった場合は、旅客鉄道株式会社より処罰（罰金・発行停止等）されます。
 5. **必要日の10日前まで**に送付用封筒（宛名記入、切手貼付）と合わせて提出してください。送付用封筒の同封がない場合は、送付できかねます。

通信課程学生運賃割引証 第.....号

契 印