

返 還 請 求 書

財務担当役 殿

請求者 (志願者が自署のこと)

志 願 先 医学部医学科

下記のとおり検定料の返還を請求します。

氏 名

〒 -

住 所

電話番号 - -

記

請求金額 金 1 3 , 0 0 0 円

返還請求の理由

- 出願をしなかった。
- 検定料を二重に振り込んだ。
- その他 (第1段階選抜で不合格となったため)

銀行 または ゆうちょ銀行のどちらか一方に記入してください。

お手許の通帳により正確に記入してください。

銀行	銀行		支店	預金種別 (どちらか一方に☑)	口座番号 (数字のみを右づめでご記入ください)							
	コード	銀行番号		支店番号		<input type="checkbox"/> 普通						
	(フリガナ)											
口座名義人		(請求者との続柄 :)										

ゆう ちょ 銀行	通帳記号(6桁目がある場合は※欄にご記入ください)					通帳番号(右づめでご記入ください)						
					※							
	(フリガナ)											
口座名義人		(請求者との続柄 :)										

振込受取書貼り付け欄

- 振込受取書を枠の中にはがれないようにのり付けしてください。
- 貼付できない場合は、その理由を記入してください。

理由

入試担当者
受領日
R / /

印