

入学検定料還付申出書

年 月 日

公立大学法人敦賀市立看護大学 理事長 様

受取人氏名 (志願者)	⑩
受取人住所 (志願者)	
電話番号	

還付理由	<input type="checkbox"/> 出願しなかった <input type="checkbox"/> 入学検定料を二重に振り込んだ <input type="checkbox"/> 大学入学共通テスト受験科目の不足等による出願無資格 <input type="checkbox"/> 出願が受理されなかった	
選抜区分	<input type="checkbox"/> 学校推薦 <input type="checkbox"/> 社会人 <input type="checkbox"/> 一般前期 <input type="checkbox"/> 一般後期	
金額	円	
振込先	金融機関名	銀行 本店・支店
	預金種別	普通 ・ 当座
	口座番号	
	フリガナ	
	口座名義	
	続柄	志願者本人 ・ 保護者
振込手数料を受取人が負担することに同意します。		
年 月 日		
氏名 _____ ⑩		

※訂正する場合は訂正箇所にも二重線を引き、押印した上で、余白に正しく記載してください。

※振込先欄のフリガナは必ず記載してください。