**入　学　料　還　付　願**

　　　　年　　　月　　　日

滋賀県立総合保健専門学校長 様

　 学籍番号（受験番号）：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所：

学科名：

氏名： 印

電話番号：

下記により　　　年度入学料の還付をお願いします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 還付額 | 円 |
| 還付理由 |  |

振込金融機関（　　　　　　）銀行（　　　　　）支店

科目（　普通　当座　）　　　口 座 番 号 （　　　　　　　　　　　）

　 ※普通・当座のどちらかに○を入れて下さい。

ﾌﾘｶﾞﾅ

口座名義人 （　　　　　　　　　　　）

上記口座名義人へ還付入学料の受領を委任いたします。

　　　氏名 印

※口座名義人と「入学料還付願」申請者の名前が異なる場合に申請者が署名、押印して下さい。