年　　月　　日

関西医療大学学長殿

（受験者）　　㊞
（保護者）　　㊞

入　学　辞　退　届

私は、貴学への入学手続きを完了いたしましたが、入学を辞退いたします。
入学辞退にあたり、納付金の返還をお願いいたします。

記

<table>
<tr><td>受　験　番　号</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>学　　科　　名</td><td colspan="4">保健　　学部　　学科</td></tr>
<tr><td>受 験 者 氏 名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>電　話　番　号</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>受 験 者 住 所</td><td colspan="4">〒　　-</td></tr>
<tr><td>辞　退　理　由</td><td colspan="4">1. ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿大学進学のため
2. その他（　　）</td></tr>
<tr><td>フ　リ　ガ　ナ</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">振　　込　　先</td><td colspan="4">銀行　　支店</td></tr>
<tr><td>預金種別</td><td></td><td>口座番号</td><td></td></tr>
<tr><td>フ　リ　ガ　ナ</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>口 座 名 義 人</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

※振込先をゆうちょ銀行に指定する場合は必ず「店名」、「店番」をご記入ください。
※振込先は受験者名義の口座であること。フリガナを必ず記入すること。

以上