

年 月 日

関西医療大学長 様

(受験者)

印

(保護者)

印

入 学 辞 退 届

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、納付金の返金をお願いいたします。

記

受験番号			
学科名	保健	学部	学科
受験者氏名			
受験者住所	〒 —		
辞退理由			
フリガナ			
振込先	銀行		支店
	預金 種別	口座 番号	
フリガナ			
口座名義人			

※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、受験生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