

年 月 日

札幌保健医療大学

学長 小林 清一 殿

志願者氏名：

受験番号：

電話番号：

入学検定料返還願

私は下記により入学検定料を変換して頂きたい、返還願を提出いたします。

記

1. 返還事由：学校保健安全法施行規則で出席停止と定められている感染症に罹患し、選抜入学試験を受験できなかったため。
2. 返還金額：30,000 円
3. 振込金融機関名

金融機関名		支店名	支店番号
口座種類	口座番号		
普通 ・ 当座			
口座名義人		電話番号(名義人)	