

入学検定手数料還付申請用

返金振込口座登録書

令和 年 月 日

石川県公立大学法人理事長 様

納付済の入学検定手数料の返還を申請したいので、振込口座を下記のとおり指定いたします。

【志願者の情報】

フリガナ			
氏名			
生年月日	S・H 年 月 日	電話番号	
志願者の住所	〒 石川県		

【返金振込口座】

金融機関名		コード(4ケタ)				店舗名			コード(3ケタ)		
		銀行					本店				
		金庫					支店				
		組合					出張所				
預金種目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号(右詰め)									
口座名義	フリガナ										
	名称										

※返金振込口座は、受験生本人または入学検定手数料負担者の口座名義を指定してください。

※お間違のないように、ご確認の上、記入してください。

(提出先)

- ・石川県立看護大学教務学生課 〒929-1210 石川県かほく市学園台1丁目1番地
電話 (076) 281-8302 ファックス (076) 281-8309

収集した個人情報は、入学検定手数料の返金業務にのみ利用します。その他の目的では使用いたしません。