

令和 年 月 日

岐阜聖徳学園大学

学 長 観 山 正 見 様

住 所

申請者名(保護者名) 印

出 願 者 名

電 話 番 号

検定料返還申請書

下記のとおり検定料の返還を希望しますので、手続きのほどよろしくお願いいたします。

記

返 還 理 由	
選 抜 方 式	
試 験 日	
出 願 先	学部： 専修・専攻：
受 験 番 号	
出 願 者 名	

〔返還金額・振込先〕

返 還 金 額	円
振込先金融機関	(銀行・金庫・組合) (支店・出張所)
預(貯)金種目	1. 普通 2. 当座
口 座 番 号	
フリガナ 口 座 名	※保護者名義に限る

※上記振込先のわかる通帳等の写しを同封のうえ、下記までお送りください。

【送付先】

〒500-8288 岐阜市中鶉 1-38 岐阜聖徳学園大学 入学広報課 宛

「検定料返還申請書 在中」と記入ください