検定料返還申請書

日本赤十字秋田看護大学長　様

次の通り検定料の返還を申請します。

１．受験者

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 氏　　名 | ㊞ |
| 住　　所 | 〒  電話　　　　（　　　　　） |
| 選抜種別  （いずれかに◯） | 公募制推薦選抜　　　指定校制推薦選抜　　　赤十字特別推薦選抜 |

２．親族

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | |
| 氏　　名 | ㊞ | |
| 住　　所 | 〒  電話　　　　（　　　　　） | |
| 在学校または  卒業校　※  （いずれかに◯） | 日本赤十字秋田短期大学  日本赤十字秋田看護大学  日本赤十字秋田看護大学大学院  秋田赤十字看護専門学校 | 学籍番号  卒業年　　　　年　　　月  (卒業生のみ) |
| 勤務先　※ |  | |
| 受験者との続柄  （いずれかに◯） | 父　　　　母　　　　兄弟姉妹 | |

　※該当する欄いずれかに記入してください。

３．既納付金額　30,000円

４．返還金額　 5,000円

５．返還先口座

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 銀行名 |  | | | | | | | 支店名 |  |
| 口座番号 | 普通 | | | | | | | フリガナ |  |
|  |  |  |  |  |  |  | 口座名義 |  |