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 |  |