

2025 年度 歯科衛生士リカレント教育 キャリアアッププログラム
受講辞退届 ・ 納付金返還請求書

令和 年 月 日

神戸常盤大学 学 長 殿

住 所
氏 名 (自署)
連絡先

出願していました下記の履修コースを辞退しますので届出いたします。
それに伴い納入済みの受講料について、口座振込手数料を差し引いた金額を下記の金融機関口座に返還
くださるよう請求いたします。

履修年度	年度
受 講 料 振込年月日	令和 年 月 日 振込
受 講 料 振込金額	円
辞 退 理 由	

振込先情報記入欄

金融機関名	銀 行 金 庫 組 合			本 店 支 店 出張所					
預金種別	普 通 ・ 当 座	口座番号							
フリガナ									
口座名義									

<記載注意事項>

1. 黒ボールペンを使用してください。
2. 該当する不動文字は○で囲んでください。
3. 辞退理由は必ず記入してください。
4. 口座番号、口座名義、フリガナはお持ちの通帳を確認のうえ正確に記入して下さい。
5. 記載された個人情報は、本学からの振込に利用し、本学が管理するもので目的外に利用することはありません。