

2024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

出願していましたが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。

コース名	歯周疾患管理コース・口腔機能管理コース・歯科医療管理コース
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>

- 黒ボールペンを使用してください。
- 該当する不動文字は○で囲んでください。
- 辞退理由は必ず記入してください。
- 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。
- 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。