

年 月 日

## 入学選考料返還振込依頼書

広島医療保健専門学校  
校長 古澤 幸治 様

受験番号 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

入学選考料の返還を下記の口座に依頼します。

### 記

振込先金融機関	銀行 信用金庫 信用組合 農 協	支 店 出張所
貯金項目	1.普通 2.当座 3.貯蓄	口座番号
フリガナ		〒 ー
保護者名義		住 所
		電話番号 ( ) ー

- 注1 保護者名義の口座に振り込みをさせていただきます。  
 注2 返還金額より振込手数料を差し引かせていただきます。  
 注3 預金通帳をご確認のうえ正確にご記入ください。