

申請日： 年 月 日

入学検定料返還依頼書

新潟薬科大学長殿

申請者	志望学部	
	氏名	印
	電話番号	日中の問合せが可能な電話番号を記入

下記のとおり入学検定料を返還いただきたくお願いいたします。

記

返還依頼の理由	<input type="checkbox"/> 出願が受理されなかった。 <input type="checkbox"/> 入学検定料を誤って二重又は過剰に払い込んだ。 上記理由以外の入学検定料の返還依頼は受け付けません。
払込済みの試験区分	<input type="checkbox"/> 総合型選抜試験 <input type="checkbox"/> 学校推薦型選抜試験 <input type="checkbox"/> 特別選抜試験 <input type="checkbox"/> 一般選抜Ⅰ期 <input type="checkbox"/> 一般選抜Ⅱ期 <input type="checkbox"/> 一般選抜Ⅲ期 <input type="checkbox"/> 大学入学共通テスト利用方式A日程 <input type="checkbox"/> 大学入学共通テスト利用方式B日程 <input type="checkbox"/> 大学入学共通テスト利用方式C日程 <input type="checkbox"/> 大学入学共通テスト利用方式D日程

振込先の口座

金融機関名	銀行・信用金庫 本店		信用組合・農協 支店	
口座種別	1. 普通	2. 当座	3. その他 ()	
口座番号				
フリガナ				志願者との続柄
口座名義				

金融機関収納印が押された⑩入学検定料振込領収書またはコンビニの収納証明書を添付してください。

口座名義は志願者本人または保護者のものとします。

ゆうちょ銀行の口座を指定する場合は、記号、番号ではなく、他行からの振込用の店名、口座番号を記入してください。

振込手数料、納入手数料等は返還の対象とはなりません。

学長	事務部長	入試課長	係