

入学辞退届

(西暦) 年 月 日

群馬医療福祉大学長
群馬医療福祉大学短期大学部
学長 殿

このたび、貴学に入学を許可されましたが、下記の理由により入学を辞退いたします。
つきましては、入学金を除く学納金の返還を申し出いたします。

選抜方式			
受験学科・専攻		受験番号	
受験生	ふりがな	保証人	ふりがな
	氏名 ⑩	氏名	⑩
連絡先	〒	TEL	()
入学辞退理由	1.他の学校へ進学	学校名	
		学部・学科・専攻名等	
	2.その他		

返還金振込先 (※該当項目に○をつけてください。)

金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 支所 出張所
預金種別	普通 ・ 当座	口座番号
ふりがな		
口座名義		

※本用紙は、入学辞退届受付最終日 (2024年3月29日) までに入学辞退される方のみ使用できます。