

# 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 (2025年3月31日) までに入学辞退される方のみ使用できます。