

入学検定料返還請求願

岩手医科大学 学長 殿

フリガナ		電話番号	— —
志願者氏名	⑩	生年月日 (西暦)	年 月 日
住所	〒 —		
出願学部 (該当の数字に○)	1. 医学部 2. 歯学部 3. 薬学部 4. 看護学部		
返還請求出願区分 (該当の数字に○)	1. 学校推薦型選抜 2. 総合型選抜 3. 帰国子女・社会人入学者選抜 5. 一般選抜 6. 医学部入試利用選抜 7. 大学入学共通テスト利用選抜 8. 編入学者選抜 9. その他()		

下記の理由により、先に納入いたしました入学検定料の返還をしていただきますようお願いいたします。

記

入学検定料返還請求額			0	0	0	円	◎参考・入学検定料額 医学部全区分 60,000円 歯学部一般等 40,000円 歯学部共テ利用等 20,000円 薬学部一般等 35,000円 薬学部共テ利用等 15,000円 看護学部全区分 30,000円 ※詳細は学生募集要項確認のこと
入学検定料納入日 ※不明の場合は未記入で可	年 月 日						

該当する番号に「○」をつけてください。

返 還 理 由	1	書類未提出・期間外到着	入学検定料を納入したが、出願期間内に書類を提出しなかった。
	2	出願区分相違	本来出願すべき入試区分とは別の区分で入学検定料を納入した。
	3	重複登録	同一の内容で2度以上、入学検定料を納入した。
	4	出願不受理	出願に必要な書類の未提出・不備が解消できなかった。 出願資格がないことに気づかずに入学金を納入した。
	5	入学試験欠席	学校保健安全法で定められた感染症に罹患または罹患した疑いがあり、入学試験を受験できなかった。※医師による診断書(写し可)を添付のこと。

以上

●返還先口座情報

金融機関名	銀行・信金 農協・信組		フリガナ					
			支店名	支店				
預金種別	普通・当座	口座番号 ※右詰めで記入						
フリガナ				志願者との続柄				
口座名義人								

志願者氏名	
-------	--

返還先口座の口座情報が分かる通帳やキャッシュカード等のコピーを枠内に貼り付けてください。通帳等がない場合は、口座情報が確認できる画面のスクリーンショット等を印刷し、貼り付けてください。

【留意事項】

- 1 実際の返還額は返還にかかる振込手数料相当額を差し引いた金額となります。
- 2 インターネット出願における入学検定料の払込手数料は返還対象外となります。
- 3 返金先口座として指定できるのは、日本国内の金融機関の口座に限ります。
- 4 返還先口座に志願者本人以外の者を指定する場合、父母または学資負担者に限ります。
- 5 3月末までに不備なく受理した返還請求について、翌年度の5月までに返還を行います。
- 6 返金日・返金額が決定次第、本書記載の住所宛てに書面で通知します。電話での照会には応じられません。
- 7 不備がある場合は、本書記載の電話番号に連絡します。3月末までに不備が解消されない場合は返還を行いません。