

入学検定料返還願

年 月 日

成 城 大 学 学 長 殿

次のとおり入学検定料の返還を申請します。

志 願 者	フリガナ			TEL	()						
	氏 名	印									
	住 所	〒									
	入 試 種 別 学部・学科	方式			出願番号 複数ある場合は全て記入してください。						
		学部		学科							
		方式									
		学部		学科							
		方式									
		学部		学科							
		方式									
学部		学科									

返 還 請 求 事 由	該当する番号に○をつけてください。									
	1	全く同じ出願を二重に行ってしまった場合								
	2	検定料の二重払いが発生してしまった場合								
	3	適正な検定料よりも多く支払ってしまった場合								
	4	その他、本学が申請事由を認めた場合								

返還請求金額	円
--------	---

* 入学検定料支払手数料は返還対象外です。

返 還 金 振 込 先	銀 行 名	銀行								支店	
	預金種目	普通・その他 ()	口座番号								
	口座名義人	カナ氏名									
	口座名義人と 志願者の関係										

(注意) 返還願の提出期限・提出先については募集要項を参照してください。提出期限日必着です。