

年 月 日

茨城キリスト教大学 学長 殿

教員免許状更新講習受講料返還願

下記のとおり、受講料の返還をお願い致します。

記

1. 受講料返還希望講習

講習日	講習名	受講料
月 日	講習 :	円
月 日	講習 :	円
月 日	講習 :	円
月 日	講習 :	円
月 日	講習 :	円

2. 返還請求額

_____ 円

3. 受講料返還願い理由

4. 受講者氏名 _____ ㊟

受講者住所 _____

5. 振込銀行・支店名 _____ 銀行 _____ 支店

口座番号 普通預金 _____

口座名義 フリガナ (_____)

氏 名 _____

※振込手数料は、当方（口座名義人）が負担いたします。

※常陽銀行の場合、振込手数料が無料となります。

*必ず電話で返金希望の旨を茨城キリスト教大学 学務部に連絡した上でこの様式をご郵送ください。