

入学辞退手続について（大学院）

高崎健康福祉大学

入学手続を完了した者が入学を辞退する場合は、直ちに本学までお電話にてご連絡ください。

令和6年3月29日(金)17時までに下記連絡先に申し出て、本学所定の「入学辞退願」を提出した場合に限り、納付された入学手続金から入学金を差引いた金額を返金します。なお、入学辞退願が本学に届き次第手続を開始しますので、納付金の返金は書類到着後1～2週間程度かかる場合がございます。また、提出された入学手続書類の返還はいたしません。

【連絡・提出先】

研究科・専攻	連絡・提出先
健康福祉学研究科 医療福祉情報学専攻 保健福祉学専攻 食品栄養学専攻	高崎健康福祉大学 入試広報センター 〒370-0033 群馬県高崎市中大類町 37-1 TEL 027-352-1290
薬学研究科 薬学専攻	高崎健康福祉大学 薬学部事務室 〒370-0033 群馬県高崎市中大類町 60 TEL 027-352-1180
保健医療学研究科 看護学専攻 理学療法学専攻	高崎健康福祉大学 保健医療学部事務室 〒370-0033 群馬県高崎市中大類町 501 TEL 027-352-1291
農学研究科 生物生産学専攻	高崎健康福祉大学 農学部事務室 〒370-0033 群馬県高崎市中大類町 54 TEL 027-388-8390

【提出書類】

必要書類を準備し、上記提出先までご郵送またはご持参ください。

（書式1）入学辞退願

必要事項をご記入ください。辞退理由につきまして、可能な限り詳しくご記入願います。

（書式2）通帳等写し貼付用紙

入学辞退願に記入した、返金先口座の通帳等写し（銀行名・支店名・口座番号・氏名が分かるページ）を貼付してください。

年 月 日

入 学 辞 退 願

高崎健康福祉大学学長 殿

入学辞退者

住 所 _____

フリガナ _____

氏 名 _____ (印)

連 絡 先 _____

受 験 番 号 _____

専攻・課程 _____ 専攻 _____ 課程 _____

この度、貴大学院の入学手続をいたしました。以下の理由により入学辞退をお願い申し上げます。つきましては、納付金の返還をご配慮くださいますようお願いいたします。

【辞退理由（具体的に）】

()

【返金先口座】

金融機関名 _____ 銀行・金庫・組合 農協・信連 _____ 支店

口座番号 銀行・組合等： (普通・当座) _____

ゆうちょ銀行：記号 _____ 番号 _____

フリガナ _____

口座名義 _____

通帳等写し貼付用紙

貼付欄