

再実習申込書

平成 年 月 日

札幌医学技術福祉歯科専門学校 校長 様

この度、下記の科目について再実習を申し込みします。

学 籍 番 号		氏 名 (自 署)	
現 住 所	〒 — TEL () —		
実 習 科 目 名		担当教員	
※申込にあたっての留意事項 1. 再実習料は、1 実習につき30,000円。 2. 定額小為替で1 実習につき、30,000円を同封すること。			

※以下は、記入不要です。

(学校使用欄)					
受 理 年 月 日	平成 年 月 日付で、申込みを受理する。				
校 長	統 括 部 長	学 科 長	教 員	事 務 担 当	領 収 印

※この用紙はコピーをとって使用してください