

# 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	
<b>※申込にあたっての留意事項</b> 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