

再実習申込書

令和 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50,000円。 (再実習料は、指定する金融機関へ振り込みにて支払うこと)			

※以下は、記入不要です。

(学校使用欄)					
受理年月日	令和 年 月 日付で、申込みを受理する。				
校長	副校長	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