

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	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