

# 入 学 料 延 納 願

令和 年 月 日

平成医療短期大学長 様

下記理由により、入学料延納を希望します。

署名（保護者）\_\_\_\_\_

署名（本人）\_\_\_\_\_

学科専攻名		
受験番号		
カナ氏名		
漢字氏名		
住所		〒
電話番号	自宅	
	携帯電話	
保護者電話番号		
延納希望理由		
納付期日	令和 年 月 日 までに入学料を納付します。	