

教員免許状更新講習受講キャンセル願

高崎健康福祉大学学長 殿

受講予定者

住 所

ふりがな

氏 名

印

この度、貴大学の教員免許状更新講習の受講キャンセルをお願い申し上げます。
つきましては、納入金の返還をご配慮くださいますようお願いいたします。

記

1. キャンセル講座名

2. 受講者 ID

3. 氏 名

4. 返 金 口 座 (返金がある場合のみご記入ください)

銀 行

銀行

支店

口座番号

(普通)

ふりがな

氏 名

注意

※封筒の表に「キャンセル願 在中」と朱書きしてください。

送付先：〒370-0033 群馬県高崎市中大類町 58-2 教職支援センター