

様式 D

年 月 日

中央福祉学院長 殿

学籍番号 _____ 氏名 _____ 印 _____

受講料返金願

下記研修会の受講を取り消しますので、既に入金済みの
経費について、下記の指定口座にご返金願います。

研修会名 講習課程名	令和 年度 社会福祉法人 会計実務講座		
振込先金融機関名	フリガナ	支店名	フリガナ
	漢字		漢字
預金種類	普通預金・当座預金 *どちらかに○をつけてください	口座番号	
振込先口座名義	フリガナ		
	漢字		
ご担当者氏名		ご担当者連絡先	
備考			

*受講料のご返金手続には若干のお時間をいただきます。入金予定日が確定次第、
文書にてご連絡いたします。

*所定の振込手数料を相殺してご返金いたします。

*旅行代理店に別途申し込まれた宿泊等の手配につきましては、受講者ご本人より
旅行代理店に対して取消のご連絡をしてください。取消日によっては、所定のキ
ャンセル料が発生する場合がありますので、ご留意ください。