学納金延納 • 分割願

					年	月	日
大川学園医療福	音祉専門学校						
学	校長殿						
				学科	₽ P		年
			担任名				
			住所・〒				
			11/2				
			氏名				印
			連絡先				· 1
				がとれる番号			
				ル C400円 7			
以下のとおり研	- 納むしくけ	分割を希望し	、申請致します。				
<i>5</i> /1 √2 € 40 7 Æ	2/11/10/07/14	力品で加重し					
1. 事 由							
1. 尹 円							
2. 延納・分害	力法						
	月	日		円			
	月	日		円			
	月 月	日日		円 円			
	月	日		円			
	月	日		円			
		 合計		円			
納入期日並	びに納入	金額を厳守	し御校に一切こ	゛迷惑をお	さかけ	しない	いことを
誓約致します	-						
上記申請の件、	承認粉〕主	·····································		••••••	•••••	••••••	••••••
上記中請り作、	外 が 以 し よ	9					
ΔIn	左 [3 17					
令和	年 月		Λ.Ι. 	\l		_L_	Ľ 11
	大川学園園	医療福祉専門等	学校 学校長	平澤	,	淳	印