学納金延納・分割願

年　　月　　日

大川学園医療福祉専門学校

学　校　長　殿

学科　　間部　　年

担任名

住所　〒

氏名　　印

連絡先

※ 必ず連絡がとれる番号

以下のとおり延納もしくは分割を希望し、申請致します。

１．事　　由

２．延納・分割方法

月	日	円
月	日	円
月	日	円
月	日	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ご迷惑をおかけしないことを誓約致します

上記申請の件、承認致します

令和　　年　　月　　日

大川学園医療福祉専門学校　　学校長　　平　澤　　淳　　印