

年 月 日

文京学院大学  
学 長 殿

年度文京学院大学（本郷キャンパス）教員免許状更新講習  
受講費返還願

年 月 日 「教員免許状更新講習」の取り消し及び、  
受講費返還をお願い申し上げます。

氏名 \_\_\_\_\_ 印

振込先金融機関		銀行 本店 信用組合 支店				
振 込 口 座	預金種別	普通預金 口座番号 No				
	フリガナ					
	口座名義					
	口座名義人住所	〒 -  連絡先 - -				
必修領域 ・ 選択必修領域 ・ 選択領域						
受講料分		3	0	0	0	0 円
振込金額						
理由:						
( 所属長の確認連絡済み 年 月 日付) 押印等は「受講取消届」に願います。						

補 足

※本講習は5日間の連続受講のため、全領域のキャンセル受付のみの扱いとなります。

## 受講取消届

講習タイトル 文京学院大学 本郷キャンパス 「教員免許状更新講習（英語）」	
必修領域 ・ 選択必修領域 ・ 選択領域	
5日間連続受講	
氏名	
受講者登録番号 受講者（登録）番号 [                    ]	
住所	
連絡先 ・ 固定電話番号            (            ) ・ 携帯電話番号            -            - ・ e-mail	
理由	
所属長の捺印	年 月 日
・ 貴学の「教員免許状更新講習」の辞退を承諾致しました。	
勤務校名（機関名） 証明者名	
所属長印	

※ ①当講習は5日間の連続受講のため、全領域のキャンセル受付のみ扱いとなります。  
②ご入金未然のキャンセルにつきましては、本用紙のみご提出ください。