

## 振込依頼書【A票】

(取扱金融機関保管用)

電信扱

依頼日	令和 年 月 日						
振込先	西日本シティ銀行 シーサイドももち出張所 (普)3027562						
受取人	フリガナ	ガク) タカギガクエンフクオカコクサイイリョウフクシダイガク リジチョウ タカギクニリ					
	口座名	学校法人高木学園 福岡国際医療福祉大学 理事長 高木 邦格					
金融機関 使用欄	勘定 科目						
	手数料						
金額		¥	5	5	0	0	0
依頼人 (志願者本人)	コード	NK					
	フリガナ						
	志願者氏名 (漢字)						
	〒						
住 所	(TEL - - )						

[取扱期限] 令和5年12月22日

## ◎取扱金融機関へのお願い

- 太枠内を打電してください。(アルファベット含みます)
- A~C票の各票に収納印を押印後、B・C票を依頼人へお渡しください。
- 振込手数料は本人負担です。
- 組み戻し請求には応じないようお願いします。

## ◎志願者へのお願い

- 依頼人は必ず志願者本人としてください。
- 所定事項を必ず記入してください。

金融機関収納印

## 振込金受領書【B票】

(本人保管用)

注. 郵送せずに大切に保管してください。

依頼日	令和 年 月 日					
振込先	西日本シティ銀行 シーサイドももち出張所					
金額	¥	5	5	0	0	0
手数料						
受取人	学校法人高木学園 福岡国際医療福祉大学					
志願者 氏名						

◎取扱金融機関の収納印をもって、領収書に代えさせていただきます。

◎振込時の記録は大切に保管してください

■受験票が届かない場合は、試験当日この  
振込金受領書を持参してください。

金融機関収納印

## 写真票【C票】

(他の出願書類とともに大学に提出してください。)

受験番号	*この欄は記入しないでください。
フリガナ	
氏名	
出願課程	認定看護師教育課程 (B課程) 「認知症看護」

写真貼付欄

## ◎志願者へのお願い

- サイズ:縦4cm×横3cm 正面・上半身・脱帽、最近3か月以内に撮影したもの(白黒、カラー可)。
- 写真裏面に氏名、生年月日を記入の上、貼付して下さい。
- (様式1)履歴書と同じ写真を貼付して下さい。
- ATMで振り込んだ場合は、本票裏面に明細書のコピーを貼付して下さい。

金融機関収納印

※収納印のないものは受理しません。