

※東京医科大学は、本書にご記入いただいた個人情報を、納入金の返還およびこれに付随する業務のためにのみ利用いたします。

下線部・枠内をもれなく黒ボールペン(消えるボールペン不可)で記入してください。

返 還 請 求 書

【2027年度東京医科大学入学者選抜】

年 月 日

東京医科大学 御中

〒 ー 住所

金 ー円也 銀行口座名義人名 TEL. ()

※支払手数料は返還対象外です。入学検定料の金額のみ記入してください。
※記入された金額が対象金額と異なる場合は、本学にて訂正させていただきます。
※記載内容に不備があった場合、電話あるいはUCAROに登録したメールアドレスへ問い合わせることがあります。
※返還時の振込手数料につきましては、ご負担をお願いいたします。

以下の理由により返還を請求します。

なお、返還金については以下預金口座へ振込んでください。

志願者氏名 保護者氏名

出願試験区分	☐ 学士選抜（医学科のみ） ☐ 学校推薦型選抜 ☐ 一般選抜 ☐ 共通テスト利用選抜 ☐ 社会人選抜（看護学科のみ） ☐ 総合型選抜（看護学科のみ）	出願学科	☐ 医学科 ☐ 看護学科	出願番号	
理由 ※該当する番号 に○をつけて ください。	1. 書類未提出：入学検定料を納入したが出願書類を期間内に提出しなかった。 2. 期間外振込：振込期間外に振込んだ。 3. 過剰納入：入学検定料を適正な額より多く納入した。 4. 出願不受理：入学検定料を支払い出願書類を提出したが、出願書類の不備や出願資格を満たさない等の理由により出願が受理されなかった。 5. その他：本学が認める特別な理由により入学検定料返還の対象となった。				

注意

1. 太枠内をもれなく記入してください。金融機関および預金の種別は○で囲んでください。
ゆうちょ銀行を指定する場合は【他金融機関用振込口座番号】と【記号番号】を記入してください。
「口座名義人」欄について、アルファベット表記の場合、通帳記載のとおりに入力してください。
口座番号が6桁以下の場合、口座番号の先頭に「0」（ゼロ）を加えて記入してください。
2. 口座名義人は志願者本人または、上の「保護者氏名」欄に記載された保護者の口座に限ります。

銀行 信金 農協 (金融機関コード：)	銀行 信金 農協 (金融機関コード：)	支店 (支店コード：)	預金種別 [いずれかに○] 普通 当座
口座番号(右詰めで記入)		口座名義人 カナシメイ (° は1マス使用)	
		志願者との続柄 [本人 ・ 保護者]	