

検定料振込依頼書

必ずA4横サイズの紙に印刷してください。拡大・縮小した振込依頼書では手続きができません。
以下の振込依頼書を外側の太い枠線に沿って切り取り、金融機関窓口で手続きを行ってください。
※振込み前に点線の「切り取り線」では切り離さないでください。

大阪大学医学部保健学科
検定料納入証明書
(学生区分:科目等履修生)

金額	¥9,800
整理番号	6090
フリガナ	※
氏名	※

1. ※印欄は必ず記入してください。

国立大学法人
大阪大学
医学部保健学科

1

(ご依頼人 → 大学)

大阪大学医学部保健学科 科目等履修生 検定料
振込金(兼手数料)受領書

年月日	手数料					
金額			千		円	
		¥	9	8	0	0
先方銀行	三井住友銀行・豊中支店					
受取人	普通預金	7485091				
	大阪大学 保健学科					
ご依頼人(氏名)	(フリガナ)					

上記金額、正に領収しました。
【取扱店】

銀行
支店

2

収入印紙

(取扱店 → ご依頼人) 大切に保存してください

電信扱

大阪大学医学部保健学科 科目等履修生 検定料

振込依頼書

科目	検定料収入
----	-------

ご依頼日	年月日	電信扱	手数料				
先方銀行	三井住友銀行・豊中支店		金額			千	円
受取人	普通預金	7485091	通貨			¥	9 8 0 0
整理番号	←この数字はフリガナの前に打電のこと						
	(フリガナ)※						
6090							
ご依頼人	氏名	※					
	住所	※電話 ()					
領又は済振印替印		3					
送信番号							

※印欄は必ず記入してください。

手数料振込人負担

(取扱店保存)

金融機関の
振込はATMで
お願い
振込は無効です

切り取り線

切り取り線