

入学辞退手続について

高崎健康福祉大学

本学の令和7年度入学者選抜において、入学手続を完了した方が入学を辞退する場合には、直ちに本学までお電話にてご連絡ください。

本学が定めた以下の期日までに本学所定の「入学辞退願」を提出した場合に限り、納入された入学手続金から入学金を差引いた金額を返還します。なお、入学辞退願が本学に届き次第手続を開始しますので、納入金の返還は書類到着後1～2週間程度かかる場合がございます。また、提出された入学手続書類の返還はいたしません。

※地域枠選抜の入学手続者および各種支援制度を利用した入学手続者が入学を辞退した場合は、権利自体が適用外となるため、入学金は免除となりません。納入された金額から入学金相当額（25万円）を除いた金額の返還となりますので、ご注意ください。

必須事項	期 限	連絡先・提出先
お電話による 連絡	令和7年3月31日（月）※ まで	高崎健康福祉大学 入試広報センター 電話番号 027-352-1290（代表） 027-388-1070（直通） 受付時間 9:00～17:00 （土日祝日および年末年始、本学休業日を除く）
入学辞退願 の提出	令和7年3月31日（月）※ 17時00分まで （必着・持参可）	〒370-0033 群馬県高崎市中大類町37-1 高崎健康福祉大学 入試広報センター 入学辞退受付係

※総合型選抜（併願型）の期限は令和7年1月10日（金）17時00分まで

【提出書類】

本学ホームページより（書式1、2）をダウンロードして必要事項を記入し、上記提出先までご郵送またはご持参ください。

（書式1）入学辞退願

必要事項をご記入ください。辞退理由につきまして、可能な限り詳しくご記入願います。

（書式2）通帳等写し貼付用紙

入学辞退願に記入した、返金先口座の通帳等写し（銀行名・支店名・口座番号・氏名が分かるページ）を貼付してください。

年 月 日

入 学 辞 退 願

高崎健康福祉大学学長 殿

入学辞退者

住 所 _____

ふりがな _____

氏 名 _____ (印)

連 絡 先 _____

受験番号 _____

学部学科 _____ 学部 _____ 学科 _____

この度、貴大学の入学手続をいたしました。以下の理由により入学辞退をお願い申し上げます。つきましては、納入金の返還をご配慮くださいますようお願いいたします。

【辞退理由】

1. 他大学等進学のため [進学先: _____]
2. その他 [具体的に: _____]

【返金先口座】

金融機関名 _____ 銀行・金庫・組合
農協・信連 _____ 支店

口座番号 銀行・組合等: (普通・当座) _____

ゆうちょ銀行: 店名 _____ 店番 _____

記号 _____ 番号 _____

フリガナ _____

口座名義 _____

通帳等写し貼付用紙

貼付欄