別添

# 還　付　請　求　書

## 金　額１３，０００円

京都府立医科大学入学考査料還付金については、次のとおり支払ってください。

令和　　年　　月　　日

京都府公立大学法人　理事長　金　田　　章　裕　様

請　　求　　者　　（〒　　―　　）
（入学志願者）

住　　所

氏　　名　　㊞

委　任　状

上記金額の受け取りを

受任者
（住所）

（氏名）

に委任します。

令和　　年　　月　　日

委任者（入学志願者）
（住所）

（氏名）　　㊞

口座振込により還付しますので、振込先口座を記入願います。

口座振込先
金融機関名

銀行
金庫　　（本）支店

口 座 種 別　　普通　・　当座

口 座 番 号

口座名義人
（ｶﾀｶﾅ）

※　請求者本人以外の口座に振込を希望する場合は左欄の委任状に必要事項を記入願います。

※ 口座の確認ができる「預金通帳の写し」又は「キャッシュカードの写し」を添付してください。