

静岡文化芸術大学入学検定料返還願

平成 年 月 日

学校法人静岡文化芸術大学
理事長 川勝平太 様

受験番号.....

学 科 名.....

氏 名.....(印)

住 所 〒.....

電話番号.....

下記の理由により受験できませんでしたので、入学検定料を返還願います。

受験できなかった理由.....