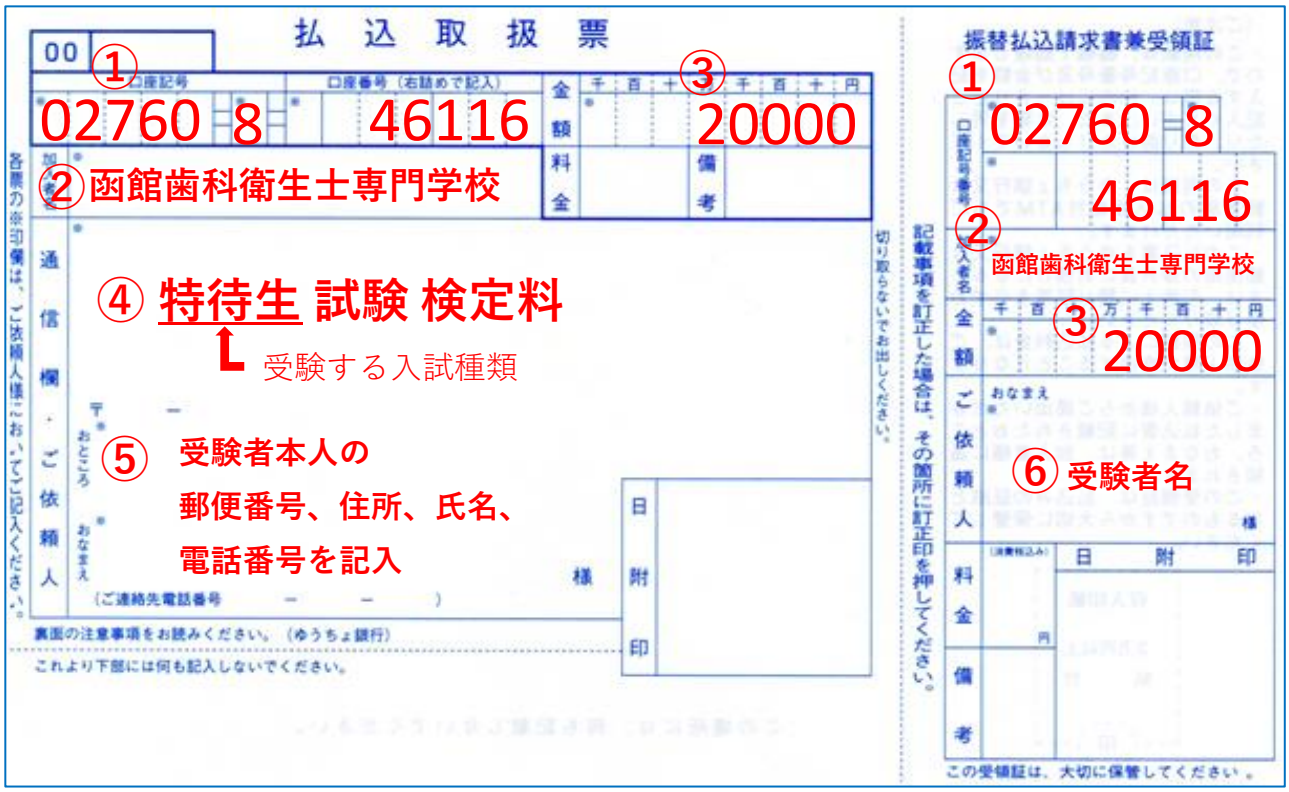
入学検定料のお支払方法

郵便局にある振替用紙（払込取扱票）をお使いいただき、以下のようにご記入ください。



① 口座番号　　:02760-8-46116
② 加入者名　　:函館歯科衛生士専門学校
③ 金額　　:20,000円（入学検定料）
④ 通信欄　　:入学試験要項をご覧のうえ、志望する入試種別をご記入ください。
⑤ご依頼人　　:受験者本人の郵便番号、住所、氏名、電話番号
⑥ご依頼人　　:受験者本人の氏名

※ 振込手数料は各自でご負担ください。
※「振替払込請求書兼受領書」を、その他出願書類と共に提出してください。