



## SØKNAD OM REFUSJON AV EKSAMENSAVGIFT

Etternavn:	Fornavn:
Fødselsdato:	
Adresse:	
Postnummer og -sted:	
Bankkontonummer:	
Refusjonssum det søkes om:	
Grunn for å søke:	

-----  
Dato

-----  
Underskrift

Sendes: Agder fylkeskommune  
Eksamenskontoret i Arendal  
Postboks 788 Stoa  
4809 ARENDAL