

受験番号

※本校記入欄

併願申請書

平成 年 月 日

東武医学技術専門学校

学校長 殿

〒

住所

氏名

印

TEL

私は、このたび貴校、臨床検査科へ入学願書を提出いたしますが、他の大学・短期大学・公立専門学校の受験を予定しておりますので、併願の申請をいたします。貴校の他に受験する大学・短期大学・公立専門学校は、下記のとおりです。

記

学校名	入試形式	
学部	試験日 平成 年 月 日	合格発表日 平成 年 月 日
学科		
学校名	入試形式	
学部	試験日 平成 年 月 日	合格発表日 平成 年 月 日
学科		
学校名	入試形式	
学部	試験日 平成 年 月 日	合格発表日 平成 年 月 日
学科		
学校名	入試形式	
学部	試験日 平成 年 月 日	合格発表日 平成 年 月 日
学科		

- 注意
- 4校(4日程)まで併願可能です。
 - 上記に申請した大学・短期大学・公立専門学校以外の学校および別日程の合格による本校辞退の場合は、入学金は返還いたしません。
 - 併願申請書および入学辞退届に不備があった場合や、入学辞退書類の提出期限を過ぎてから辞退する場合は、入学金は返還いたしません。
 - 入学辞退者は、本校所定の入学辞退届と併願校の合格証(コピー)を合格発表日の翌日から3日以内(必着)に提出してください。
 - 提出する併願申請書の記載内容は、コピーをとるなどしてお控えください。