

受験番号

※本校記入欄

併願申請書

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

- 注意
- 4校(4日程)まで併願可能です。
 - 申請した内容(学校および日程)以外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。