

併願書

西暦 年 月 日 [記入日]

金沢医療事務専門学校

学校長 殿

志望校	金沢医療事務専門学校
志望コース	<input type="checkbox"/> 医療事務総合学科 <input type="checkbox"/> 医療事務・医療秘書コース <input type="checkbox"/> 医薬品 登録販売者コース

本人	フリガナ	
	氏名	(印)
本人	現住所	(〒 -) 電話番号 () -
	フリガナ	
保護者	氏名	(印)
	現住所	(〒 -) 電話番号 () -

下記の事由により併願の許可を受けたいのをお願いいたします。

記

事由	<input type="checkbox"/> 大学・短大を受験するため			
受験校名及び合格発表日	受験校名	受験日	合格発表日	
	大 学 短期大学	学部 学科	月 日	月 日
	大 学 短期大学	学部 学科	月 日	月 日
大 学 短期大学	学部 学科	月 日	月 日	

※大学・短大の入試結果発表後5日以内に本校へご連絡ください。
本校へ入学する場合は入学手続きを進めさせていただきます。期日
までに手続きがなされない場合は、本校の合格を取り消します。
※ご記入頂いた個人情報は学生管理の目的以外では使用致しません。
※漢字氏名は、戸籍等に基づいて正確に記入してください。
※黒のボールペン又はペンで記入してください。
消せるボールペンは使用しないでください。

受付日	合否連絡日	結果	手続き日
		入学 ・ 辞退	

(この欄は記入しないでください)