

# 併願申請書

記入日 令和 年 月 日

専門学校静岡医療秘書学院 殿

下記記載の学校との併願を希望しますので、併願制度適用を申請します。

		受付番号	
ふりがな			
出願者氏名	⑩		
現住所	〒		
携帯番号	( )		
ふりがな			出願者との続柄
保護者氏名	⑩		
併願校	学校名		合格発表日
	学科		令和 年 月 日
併願校	学校名		合格発表日
	学科		令和 年 月 日

太枠の中のみご記入ください

合・否	受験日	令和 年 月 日 ( )		
	合否発表日	令和 年 月 日 ( )		
入学時納入金締切日	令和 年 月 日			
入学辞退届受領日	令和 年 月 日	入学	辞退	