

※太枠の中は記入しないこと

受験 番号	
----------	--

併 願 申 請 書

西暦 年 月 日

日本医歯薬専門学校
学 校 長 殿

フリガナ	
志 願 者 氏 名	
志 望 学 科	<input type="checkbox"/> 歯科衛生士学科 午前部 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士学科 午前部 <input type="checkbox"/> 視能訓練士学科 午前部

私は貴校への受験と併せて、下記の大学並びに短期大学を受験いたしますので、併願制度を申請いたします。

〈併願申請大学・短期大学〉

受 験 校 名	受 験 学 部 ・ 学 科 名	合 格 発 表 日
		西暦 年 月 日
		西暦 年 月 日
		西暦 年 月 日
		西暦 年 月 日
		西暦 年 月 日

〈注意事項〉

1. 受験する学校名・学部・学科合格発表日を全て記入してください。
(併願申請書に記載されていない学校や追加・訂正は認められません。)
2. 専門学校との併願はできません。
3. 必ず願書提出時に同封してください。
4. 募集要項 P.5 記載の「併願制度」を確認の上、今後の手続きをおこなってください。