

# 併願申請書

平成 年 月 日

東京医学技術専門学校  
校長 石 和久 殿

私は、このたび貴校へ入学願書を提出いたしますが下記学校への受験を予定していますので、下記の事項を遵守のうえ、併願申請をいたします。

1. 私は、貴校の入学試験において合格時には、入学金の30万円を納入期限内に納入いたします。
2. 私が、貴校への入学を希望する場合は、下記の併願校の合格発表日の3日以内に、残金を納入いたします。
3. 私は、貴校への入学を辞退する場合は、下記の併願校の合格発表日の3日以内に、ご連絡をいたします。
4. 私が入学を辞退した場合は、納入した入学金の返納は求めません。

## 記

※○印を付けて下さい。

志望学科	<input type="checkbox"/>	歯科衛生士科Ⅰ部
	<input type="checkbox"/>	歯科衛生士科Ⅱ部
	<input type="checkbox"/>	臨床検査技師科Ⅰ部
	<input type="checkbox"/>	臨床検査技師科Ⅱ部

併願校名	
試験日	平成 年 月 日
合格発表日	平成 年 月 日

受験者氏名			印
住所	〒	—	電話
			( ) -
保護者氏名			印

※ 一般入試対象です（AO入試・推薦入試は不可）。必ず願書提出時に同封してください。  
また、確認のためコピーをお手元にお取り置きください。