併　　願　　書

西暦　　　　年　　　月　　　日

学校法人 河原学園

河原医療福祉専門学校

校　長　殿

印

本人氏名

下記の事由により併願の許可を願います。

記

1. 受験校名（最終受験校）
2. 受験学科名（最終受験校）
3. 受験日（最終受験校）　　　　　　　　西暦　　　　年　　　月　　　日
4. 合格発表日（最終受験校）　　　　　　西暦　　　　年　　　月　　　日

※2025年3月15日(土)までに合否が判明する大学・短大等に限ります。

※大学・短大等の入試結果発表後、その合否にかかわらず一週間以内に結果を連絡してください。

　連絡がない場合は、合格を取り消す場合があります。

※記入された個人情報は、入学審査・学生管理の目的以外には使用しません。