

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

本人氏名 _____ 印

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。