

他校併願届

令和 年 月 日

学校法人葵学園
葵メディカルアカデミー
学 校 長 殿

受験者氏名

私は下記のとおり、他校と併願受験をするため届け出いたします。

併 願 校 名	合 格 発 表 日
	年 月 日
	年 月 日

最終決定期日 (上記併願校の最後の合格発表日の翌日)	年 月 日 ()
-------------------------------	-----------

※本校の入学手続き締切日は上記最終決定期日以降で調整させていただきます。

※入学辞退の場合は、別途「入学辞退届」(辞退連絡後送付)を提出していただきます。

※ご不明な点は本校までお問い合わせください。