

* 受験番号

他 校 併 願 届

医療創生大学歯科衛生専門学校
学校長 田島 聖士 様

(西暦) 年 月 日

住 所

氏 名

印

私は貴校と他の大学、短期大学、専門学校の受験をしますので、他校併願制度の利用を届出いたします。
なお、併願校名および進学決定期日は下記の通りです。

併 願 校 名			合 格 発 表 日		
大学・短大	学部	学科	年	月	日
大学・短大	学部	学科	年	月	日
学校・学院		学科	年	月	日
学校・学院		学科	年	月	日

- ◎ 併願できる学科は医療系学科のみとします。
不明な点はお問い合わせください。
- ◎ 入学試験選考区分1期～5期の受験者は2026年3月13日(金)までとなります。
*なお期日以前に発表がある場合には、発表の翌日を最終決定期日とします。

最終決定期日:(西暦) 年 月 日 ()

※入学辞退の場合は、別途「入学辞退届」を提出していただきますので、ご連絡ください。