

併 願 書

西暦 年 月 日

学校法人 河原学園
河原医療大学校
学 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

併 願 先 学 校 名	学 科 名	受 験 日	合 格 発 表 日

併願条件

第1・2・3回の入試希望者は2025年1月31日(金)、第4回の入試希望者は2025年2月28日(金)、第5回の入試希望者は2025年3月15日(土)までに合否が判明する大学・短大・専門学校に限ります。

併願制度利用者は、併願先の合否発表後、その合否にかかわらず、結果を入学意思表示期限までに必ず本校入試事務局まで連絡してください。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。