

# 併願届及び学費延納願

西暦 年 月 日

学校法人 経専学園  
経専医療事務薬業専門学校  
校長 中田靖泰 殿

## 記

1. 理由 大学・短大・看護学校(校名: )受験の為。

上記の受験について間違いのないことを認めます。

学校名 高等学校

担任又は進路指導担当者 (印)

※既卒者は「学校名」、「担任又は進路指導担当者名」の記入・押印は不要です。

2. 学費納入予定日 西暦 年 月 日 (大学等の合格発表後3日以内)

上記延納について、一切の責任を負います。

本人氏名(自署) (印)

保護者氏名(自署) (印)

※併願希望者のみ記載送付のこと