

西暦 年 月 日

岩手医科大学医療専門学校長 殿

高等学校名

受験者氏名 ⑩

保護者氏名 ⑩

総合型選抜入学申込書

貴校歯科衛生学科へ選抜入学を希望します。

合格が決定しましたときには、必ず入学することを誓約いたします。