

学校推薦型選抜用

受験番号	※
------	---

入 学 誓 約 書

福岡医療専門学校長殿

私は、貴校の学校推薦型選抜に合格した場合、貴校に入学することを誓約します。

令和 年 月 日

住 所 _____

氏 名 _____ 印

生年月日 _____ 年 月 日生

注 1 ※欄は記入しないでください。
注 2 学校推薦型選抜で受験する場合は、この入学誓約書が必要です。