

AO入試用

受験番号	※
------	---

入学誓約書

福岡医療専門学校長 殿

私は、貴校AO入試に合格した場合、貴校に入学することを誓約します。

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 AO入学を希望する者は、この入学誓約書が必要です。