

入学辞退届

令和 年 月 日

平成医療短期大学長 様

下記の通り、入学を辞退します。

署名 (本人) _____

署名 (保護者) _____ (印)

入試の種類		
学科専攻名		
受験番号		
カナ氏名		
漢字氏名		
住所	〒	
電話番号	自宅	
	携帯電話	
保護者電話番号		
入学辞退の理由		