

入 学 承 諾 書

年 月 日

中央介護福祉専門学校
学 校 長 殿

事業所・施設名

所在地

代表者名

印

下記の者を、中央介護福祉専門学校「介護職員実務者研修」の入学試験を受験すること、また合格した際には入学を承諾します。

(受験者本人)

住所

氏名