

2027年度
入学確認書

学校法人 澤田学園
松江総合医療専門学校長 殿

私は、貴校の総合型選抜（AO）入学試験に合格した場合、
貴校に入学することを確約いたします。

年 月 日

住 所

氏 名 ⑩

生年月日 年 月 日生

保護者氏名 ⑩