

私立医・歯学部 一般入試

願書および志望理由書添削

- ◆ 講座内容 : 願書等提出書類の添削指導 (完成まで何度でも)
- ◆ 受講方法 : 事前にお書きになった書類を郵送またはFAXでお送り下さい。
※ 添削書類の余白にお名前、折り返しのFAX番号をお書き下さい。
- ◆ 受講料 : 10,800円/1校 (税込)
- ◆ 申込方法 : 下記の申込用紙にご記入の上、郵送またはFAXでお申し込み下さい。お申し込み確認後、請求書を発送いたしますので受講料を振込期限までにお支払い下さい。ご入金後、添削物を郵送またはFAXでお送り下さい。

* 書類完成まで数回に及ぶ場合があります。添削開始は早めに行うことをおすすめ致します*

医歯専門予備校 **メルリックス学院** <http://www.melurix.co.jp/>

渋谷本校

(渋谷駅西口徒歩6分)

☎ 0120-142-760

〒150-0031 東京都渋谷区桜丘町6-2
TEL 03-5428-2141 FAX 03-5428-2161

福岡校

(地下鉄天神駅徒歩5分)

☎ 0120-142-762

〒810-0073 福岡市中央区舞鶴1-1-11
天神クラスビルディング2F
TEL 092-717-3111 FAX 092-717-3112

※FAXの場合は切り取らずこのままお送り下さい。

✂ キリトリ線

2015年度メルリックス学院 申込書 私立医・歯学部 願書および志望理由書添削 [一般入試]

添削申込校	私立	大学(医・歯)学部	試験区分	一般・前期・後期・()
添削申込校	私立	大学(医・歯)学部	試験区分	一般・前期・後期・()
添削申込校	私立	大学(医・歯)学部	試験区分	一般・前期・後期・()

本人	フリガナ		性別	生年月日		
	氏名		男・女	19	年	月 日(歳)
	現住所	〒 ー 都道府県				
	携帯電話	ー ー	FAX番号	ー ー		
	高校名	立	高等学校	年卒・高3		
	大学名	大学	学部	年卒・学年在学		
保護者(ご請求先)	フリガナ		続柄	勤務先名		
	氏名					
	住所	〒 ー 都道府県				
	電話番号	ー ー	FAX番号	ー ー		

FAX 03-5428-2161

net				
-----	--	--	--	--