

医療関係者推薦入学試験志願票(高校生用)

記入日 令和 年 月 日

受験番号

志望学科

学科

写真貼付欄

- 縦4cm×横3cm
- 最近3ヶ月以内に撮影したもの。
- 正面、上半身、無帽のもの。
- 写真裏面に第1志望学科、氏名を記入し、全面のりづけして貼付してください。

志願者本人	フリガナ		性別	印
	氏名			
	生年月日	昭和・平成 年 月 日生(歳)		
	フリガナ	〒 -		
	現住所 (寮・下宿などの場合は 保護者住所で記載)		☎() - 携帯☎() -	
	出身高等学校	県立・私立 高等学校 科		
	卒業見込年月日	令和 年 月 卒業見込		
試験会場	※本校会場,鹿屋会場,種子島会場,奄美会場,徳之島会場 大口・人吉会場,八代会場,長崎会場,宮崎会場,沖縄会場 ※他会場受験は,推薦,第1回入学試験のみ実施します。 推薦,第1回入学試験を受験される方は,いずれかを○で囲んでください。			

入学確約書

神村学園専修学校長 殿

私は、医療関係者推薦入学試験に合格した場合、必ず貴校に入学することを誓います。

年 月 日

志望学科に○を記入してください。

<input type="checkbox"/>	理学療法学科	<input type="checkbox"/>	作業療法学科	<input type="checkbox"/>	看護学科
--------------------------	--------	--------------------------	--------	--------------------------	------

フリガナ	-----	生年	昭和	年	月	日	性別
氏名	-----	月日	平成	年	月	日	

フリガナ	-----
保護者氏名	-----

推薦人

上記の者を推薦します

年 月 日

施設名(医療機関)	
氏名	-----
住所	〒 ----- 電話

郵便振替払込受付証明書又は、
オープンキャンパス参加確認証

本校検定料

全面のり付けして貼付