

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

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

志願者 本人	フリガナ			性別
	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	連絡先電話番号（ ） -		
	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 いずれかを右記に入力してください。		会場	

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○を入力してください。

<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		性別
氏 名	印	月日	年 月 日生	

フリガナ	
保護者氏名	印

推 薦 人

上記の者を推薦します。

年 月 日

施設名	
氏 名	印
住 所	〒 -

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