

医療関係者推薦入学試験志願票 (社会人用)

受験番号

記入日 令和 年 月 日

志望学科

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		
		卒業年月日	昭和・平成・令和	年	月	卒業
	上記高等学校 以外の最終学歴 (学部学科まで記入)	〔学校名〕				
		卒業年月日	昭和・平成・令和	年	月	卒業
	社会実務経験 (職歴)	期	間	勤務先		
	年	月～	年	月		
	年	月～	年	月		
	年	月～	年	月		
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				

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