

医療関係者推薦入学試験志願票 (社会人用)

記入日 令和 年 月 日

受験番号

志望学科

写真貼付欄

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、全面のりづけし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 (希望する会場を) ○で囲んでください	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				

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。

	理学療法学科		作業療法学科		看護学科
--	--------	--	--------	--	------

フリガナ		生年	昭和		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