

社会人入学志願票

美萩野臨床医学専門学校

【志望動機】

★ 受験番号		番	写真貼付 縦 5 cm 横 4 cm (又は縦 4 cm 横 3 cm)		
氏名	(ふりがな)				

生年月日	昭和	平成	年	月	日生
	年齢 (才)	性別 (男・女)			
最終学歴	昭和	平成	年	月	日
	令和	卒業			
住所	〒 (-) TEL () -				
履 書	在籍期間		履 歴		
	年	月	年	月	高等学校
	年	月	年	月	
	年	月	年	月	
	年	月	年	月	
	年	月	年	月	
	年	月	年	月	
					★ 備 考

黒のボールペンで記入してください。

★の欄は記入しないでください。

受 験 票	
美萩野臨床医学専門学校	
★ 受験番号	
(ふりがな)	
氏名	
最終学歴	卒業
縦 5 cm 横 4 cm (又は縦 4 cm 横 3 cm) 写真貼付	領 収 印

縦 5 cm 横 4 cm
(又は縦 4 cm 横 3 cm)

写真貼付

(ふりがな)
氏名

受験上の注意

- ▼ 試験場には必ずこの受験票を持参してください。
- ▼ 試験場では常にこの票を机上に表示してください。
- ▼ 受験者は当日筆記用具を用意し試験開始20分前までに試験場に入場してください。
- ▼ 試験当日は「諸掲示」によく注意してください。

受験料振込受付証明書貼付欄

必ずのり付けしてください。(全面)

銀行で受験料を振り込み、
領収済の『受験料振込受付証明書』を
貼り付けてください。

※受験生の氏名と取扱金融機関収納印を
確認してください。

※ネットバンキングをご利用の方は振込
内容のわかる書類を添付してください。
(受験者名で振込み)