

## 社会人入学志愿票

美萩野臨床医学専門学校

【志望動機】

|        |                                                                   |      |                                                                |
|--------|-------------------------------------------------------------------|------|----------------------------------------------------------------|
| ★ 受験番号 |                                                                   | 番    | <div>写真貼付</div> <div>縦 5 cm 横 4 cm<br/>(又は縦 4 cm 横 3 cm)</div> |
| 氏名     | (ふりがな)                                                            |      |                                                                |
| 生年月日   | 昭和<br>平成      年      月      日生<br>年齢 (      才 )      性別 ( 男 ・ 女 ) |      |                                                                |
| 最終学歴   | 昭和<br>平成      年      月      日<br>令和<br><div>卒業</div>              |      |                                                                |
| 住所     | 〒 (      -      )    TEL (      )      -                          |      |                                                                |
| 履歴書    | 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                                                 |      |                                                                |

黒のボールペンで記入してください。

【志望動機】

|   |  |
|---|--|
| ★ |  |
| 備 |  |
| 考 |  |

★の欄は記入しないでください。

票 驗 受

美萩野臨床医学専門学校

|                                                   |       |
|---------------------------------------------------|-------|
| ★ 受験番号                                            | 番     |
| (ふりがな)<br>氏名                                      |       |
| 最終学歴                                              | 卒業    |
| 縦 5 cm 横 4 cm<br>(又は縦 4 cm 横 3 cm)<br><br>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)