

入学願書(指定校推薦入試用)

受付期日	* 令和 年 月 日	受験番号	*
再受験者は前回の受験番号を必ず記入すること。(No.)			

[写 真]
(4 cm × 3 cm)

正面上半身、脱帽、
無背景で3か月以内
に撮影したもの。
全面に糊付けすること。

学科	視能訓練士学科		
出願区分	指定校推薦入試		
資格・検定特待生 (希望者は□内に ✓印を付けること)		□ (資格・検定名)	
試験会場	群馬医療福祉大学附属医療福祉専門学校(令和8年4月名称変更予定)		
本人	ふりがな	性 別	生 年 月 日
	氏 名	男・女	平成 年 月 日生 年齢 () 歳
	ふりがな	〒()-()	
	現 住 所		
	電 話	自宅	携帯
	※1 最 終 学 歴	令和 年 月 卒業見込・卒業	
勤 務 先 (勤 務 を している人)	名 称	電 話 ()	
	所 在 地		

〈注 意〉1 太枠内のみ記入すること。*印は記入しないこと。 ※1 学校名を記入すること。
2 黒インクを使用し、楷書で記入すること。
3 写真を貼付すること。

AO入試:エントリー時提出(出願時不要)
推薦・一般・学業特待生・社会人入試出願時提出

※学校使用欄

受験番号

氏名

志望理由書

(400字以上600字以内で記入すること)

◀ 400 字

◀ 600 字

- 〈注 意〉
- 1 太枠内のみ記入すること。＊印は記入しないこと。
 - 2 黒インクを使用し、楷書で記入すること。
 - 3 写真を貼付すること。
 - 4 点線に沿って切り取ること。

群馬医療福祉大学附属医療福祉専門学校

受験票(指定校推薦入試用)

受験＊
番号

写真貼付欄 (願書に貼付したものと同一写 真を貼付する。)	ふりがな		平成 年 月 日生 (満 歳)
	氏 名		
	出願区分	指定校推薦入試	
	学 科	視能訓練士学科	
	試験会場	群馬医療福祉大学附属医療福祉専門学校	

【 注 意 】

1. 試験日を確認すること。
2. 受付時間 午前9時～9時15分。
3. 受験を辞退する場合は連絡すること。
4. 本票を持参しなければ受験することができない。
本票は試験の際は机の上に置き、面接の際は提示すること。
5. 筆記用具、上履きを用意すること。
6. 本票は、入学時まで保管しておくこと。

試験日

令和 年 月 日

※この太枠の中は記入しないこと

受験番号

推薦書(指定校)

令和 年 月 日

群馬医療福祉大学附属医療福祉専門学校長 殿

学 校 名

校 長 名



所 在 地

TEL

下記の者を貴校の入学者として適当と認め、
推薦いたします。

記

記載責任者(担任)氏名

進路指導主事氏名

令和 年 月 日 卒業見込

志 願 者 氏 名

平成 年 月 日生

推薦事項