

# 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	※

[写 真]  
(4cm×3cm)  
正面上半身、脱帽、  
無背景で撮影した  
もの。裏面に氏名  
記入の上、貼付の  
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)	<input type="checkbox"/>	(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		
ふりがな			
氏名			
性別	生 年 月 日		
男・女	平成 年 月 日	生まれ	年齢 ( ) 歳
現住所	〒( )-( )		
電話	自宅	携帯	
在籍高等学校名	高等学校 令和 年 月 卒業見込		

- <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 写真裏側に氏名明記の上、貼付すること。



- 〈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 ..... 印

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