

入学願書

群馬医療福祉大学附属医療福祉専門学校長 殿

受付期日	*1) 令和 年 月 日	受験番号	*2)		
再受験者は前回の受験番号を必ず記入すること。(No.)					
学科	視能訓練士学科				
出願区分 (○で囲む)	AO入試	学校推薦入試	自己推薦入試	学業特待生入試 一般入試	社会人入試
	I期	I期	I期	I期	I期
	II期	II期	II期	II期	II期
	III期	III期	III期	III期	III期 IV期 V期
資格特待希望 <input type="checkbox"/>		(資格・検定名)			
(希望者は□内に✓印を付けること)					
試験会場	群馬医療福祉大学附属医療福祉専門学校				
本人	ふりがな		性別	生年月日	
	氏名		男・女	昭和・平成 年 月 生()歳	
	ふりがな				
	現住所	〒()-()			
	電話	自宅	携帯		
	最終学歴	昭和・平成・令和 年 月卒業見込・卒業			
勤務先 (勤務している場合)	名称	電話 ()			
	所在地				

[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。

<注意>

1 太枠内のみ記入すること。
2 *1)*2)は記入しないこと。

3 黒インクを使用し、楷書で記入すること。
4 写真を貼付すること。

- 〈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

A O 入 試 適 正 検 査 受 検 票
及 び 入 学 試 験 受 験 票

受験 (受検) *
番号

写真貼付欄 <small>(願書に貼付したものと同一写真を貼付すること。)</small>	ふりがな						昭和 年 月 日生 平成 (満 才)
	氏 名						
	出願区分 (○で囲む)	A O入試	学校推薦入試	自己推薦入試	学業特待生入試 一般入試Ⅰ～Ⅲ	社会人入試	
		※Ⅰ期	Ⅰ期	Ⅰ期	学業特待生 Ⅰ期	Ⅰ期	Ⅰ期
Ⅱ期 Ⅲ期		Ⅱ期 Ⅲ期	Ⅱ期 Ⅲ期	※Ⅱ期 Ⅲ期	Ⅱ期 Ⅲ期	Ⅱ期 Ⅲ期 ※Ⅳ期 Ⅴ期	
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 】

- | | |
|-----|----------|
| 試験日 | 令和 年 月 日 |
|-----|----------|
1. 試験日を確認すること。
 2. 受付時間 午前9時～9時15分。
※午後1時～1時30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。
 5. 本票は試験の際は机上に置き、面接の際は提示すること。
 6. 筆記用具、上履きを用意すること。
 7. 本票は、入学時まで保管しておくこと。

※この太枠の中は記入しないこと

受験番号

推 薦 書

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

平成 年 月 日 卒業見込

志 願 者 氏 名

昭和
平成 年 月 日生

推薦事項

