

# 令和7年度 入学願書

## 西日本教育医療専門学校長 様

全面のりづけ  
写真(縦4cm×横3cm)  
を貼り付けてください。  
上半身・正面・脱帽  
(6ヶ月以内撮影)  
・スピード写真可  
・白黒・カラーいずれも可

※太線枠のみ記入ください。

※入学検定料は郵便局の普通為替にて、20,000円を納入ください。

受験番号		該当する箇所に☑チェックをつけてください。		
志望学科	<input type="checkbox"/> こども未来学科(夜間)(CN)	入試区分	<input type="checkbox"/> 推薦(A)	受付日
	<input type="checkbox"/> 視能訓練士学科(E)		<input type="checkbox"/> 一般(B)	
	<input type="checkbox"/> 医療事務管理士学科(M)		<input type="checkbox"/> 社会人特別(C)	選考日
入試会場(第1回入試受験者のみチェック)		<input type="checkbox"/> 本校 <input type="checkbox"/> 鹿児島市 <input type="checkbox"/> 宮崎市		
ふりがな		印	生年月日	
氏名			昭和・平成 年 月 日生	
ふりがな		性別	申込日現在	歳
現住所	〒	自宅電話( )	—	
		携帯電話( )	—	
出身高校	学校名	立	高等学校	科
			昭和・平成・令和 年 月 卒業・卒業見込	
最終学歴		大学	学部	昭和 卒業
		短期大学	学科	平成 年 月
		専門学校	学科	令和 卒業見込
取得資格	資格・検定名	級・段	※職歴がある方のみ記入してください。	
			勤務期間	勤務先名
			例)平成23年4月~平成28年3月(5年)	例)(株)〇〇社
職歴				

(切りとらないでください)

↓太枠の中のみ記入ください。

(切りとらないでください)

郵便はがき



料金後納  
郵便

特定記録

住所	
氏名	様

受験上の  
注意

9:00~9:30 受付

・遅刻しないように集合してください。(試験開始後30分以後の入場は認めません)  
・面接は、順番により待ち時間が長くなる場合があります。  
・スリッパ、靴袋は各自でご持参ください。