

令和4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。

※入学料定額は郵便局の普通為替にて、15,000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"/> 宮崎市	<input type="checkbox"/> 鹿児島市
ふりがな			生年月日	昭和・平成 年 月 日生	
氏名			男・女	申込日現在	歳
ふりがな					
現住所	〒 ー ー		自宅電話()	ー	
			携帯電話()	ー	
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		年 月 卒 業		
	短期大学 学科 平成 年 月 卒 業		令 和 卒 業 見 込		
	専門学校 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)〇〇〇社	

(切りとらないでください)

↓太枠の中のみご記入ください。

(切りとらないでください)

郵便はがき

切手を 223円分 貼って ください (140円)	(63円)	(20円)
---------------------------------------	-------	-------

特定記録

住所	様
氏名	

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)
- ・筆記用具は、HB以上の濃さの鉛筆(シャープペンシル可)とプラスチック消しゴムを必ずご持参ください。
- ・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。