

令和6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、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	氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日生
			性別	申込日現在 歳
ふりがな	〒		自宅電話()	—
現住所			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		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。
- ※ホームページの入学試験における感染症等への対応についてを確認して受検してください。