

東海医療科学専門学校

言語聴覚科 入学願書

受付	※
受験番号	※

※印記入不要

区分	<input type="checkbox"/> AO入試 (認定番号:) <input type="checkbox"/> 推薦入試 <input type="checkbox"/> 一般入試
受験日	第_____回_____年_____月_____日
志望学科	言語聴覚科
試験会場 (○で囲む)	セムイ学園入試センター 地方[_____]

写 真
(3cm×4cm)

- ・正面上半身脱帽
- ・3ヶ月以内撮影
- ・スナップ写真不可

フリガナ	性別	生年月日	年齢
氏 名	男・女	西暦 年 月 日	歳
フリガナ			
現住所	〒 _____		
	電 話 (_____)	—	
	携帯電話 (_____)	—	
	e-mail _____ @ _____		
受験資格 (出身校)	学部 _____	大学 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 卒業 卒業見込	科 _____

「振替払込請求書兼受領証」貼付欄

「振替払込請求書兼受領証」
(コピー可)を貼付してください。

ご依頼人氏名が記入されて
いるか確認してください。

※ATMでご入金の場合は
「ご利用明細票」(コピー可)を
貼付してください。