

2023年度 医療創生大学 編入学試験 志願票 (月期)

志望学部 ・ 学 科	学 部	学 科	※ 受 験 番 号
フリガナ			
氏 名			男 女
住 所 および 連 絡 先	〒 _____	TEL: _____	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"> <p>写真貼付欄</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 正面半身脱帽 2. 出願期間初日の前3か月以内撮影 3. 縦4cm横3cm枠なし 4. 全面糊付 5. 写真の裏に志望学科氏名を記入すること 6. 白黒・カラーどちらでも可 </div>
生年月日	(西暦) 年 月 日 (満 歳)	携帯電話: _____	
国 籍	1. 日 本 2. 外 国 ()		
出身 大 学 等	都・道・府・県	国 立 ・ 公 立 ・ 私 立	
	大学・短期大学 高等専門学校・専修学校		
	学 部	学 科 専 攻	
	【(西暦) 年 月 卒 業 了】	【(西暦) 年 月 卒 業 見 込 了】	
	【(西暦) 年 月 在 籍 中】	【(西暦) 年 月 退 学】	

※は記入しないでください

切り取り無効

(注意)

本頁の「志願票・受験票」と次頁の「受験票返送用宛名シート」は両面印刷をしないこと。

2023年度 医療創生大学 編入学試験 受験票 (月期)

※ 受 験 番 号	
志望学部 ・ 学 科	学 部 学 科
フリガナ	
氏 名	

注 意	試験当日は必ず受験票を持参すること。
------------	--------------------

※は記入しないでください

■当日は、試験開始 20 分前までに大学事務局 (企画課) に集合すること。

切り取り無効

(受験票返送用宛名シート)

速達

郵便はがき

□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---



様

通信欄
(記入不可)

〒970-8551 福島県いわき市中央台飯野5-5-1
医療創生大学 いわきキャンパス 企画課
TEL 0120-295110

住所・氏名を必ず記入すること