

日本総合医療専門学校  
2020年度 AO 入試  
エントリーシート

私は、貴校 AO 入試受験申し込みを希望し、エントリーシートを提出致します。

提出日 年 月 日

2020年度 AO 入試登録票

志望コース	I コース ・ II コース			いずれかを○で囲む
フリガナ				年齢
氏名				印
住所	〒			
電話番号		FAX		
携帯番号		Eメール		
学校名	立	高等学校 ( 年卒又は卒業見込)		
	立	大学・短大・専門学校	学部 ( 年卒又は卒業見込)	
所有している 医療系資格				
勤務先名称	※社会人の方のみ記入			

【未成年者のみ】保護者様により本書をご確認のうえ下蘭に押印をお願いします。

保護者確認印 押印 欄	印
-------------	---

※学校事務記入欄

受付日	年 月 日
登録番号	

