

受験 番号	
----------	--

令和2年度

日本医療専門学校 医療情報学科 入学志願票

試験日	<input type="checkbox"/> 第1回(1月8日)	<input type="checkbox"/> 第2回(2月14日)
-----	------------------------------------	-------------------------------------

*試験日を選択してください

ふりがな				写真貼付 3ヶ月以内に撮影したもの (縦4cm×横3cm) 写真の裏に氏名を記入して貼付すること
氏名				
生年月日	西暦	年	月 日	
年齢	歳	性別	男 女	
出身高校	都道府県			高等学校
保護者氏名				
連絡先 (合格証送付先)	〒			電話 — —

試験科目	小論文800字程度
------	-----------