

平成23年度山形県立保健医療大学入学資格認定申請書

平成 年 月 日

山形県立保健医療大学長 殿

平成23年度山形県立保健医療大学の入学資格の認定を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

志望学科	看護学科 理学療法学科 作業療法学科 (学科に○を付けてください。)			
フリガナ		性別	生年	西暦
氏名			月日	年 月 日
現住所	〒 — — — — — 電話 — — — — —			
学習歴 (高等学校課程 に相当する課程等における 学習歴)	学校等名	在学期間等		
		年 月 ( ) ~ 年 月 ( )		
		年 月 ( ) ~ 年 月 ( )		
		年 月 ( ) ~ 年 月 ( )		
		年 月 ( ) ~ 年 月 ( )		

記入上の注意

1. 志望学科は、志望する学科に○をつけてください。
2. 氏名は、戸籍上の氏名を記入してください。
3. 現住所は、都道府県名から記入してください。また、アパート・マンション等の場合は、建物名、棟名、号室まで記入してください。
4. 学習歴は、高等学校課程に相当する課程等を、略さずに正式名称を記入してください。「在学期間等」欄のカッコ書き内には、入学・転入・卒業・修了・転出・退学のいずれかを記入してください。(見込みの場合はその旨を記載してください)
5. 学歴欄が不足の場合は、本様式を複写し記入のうえ添付してください。
6. 学習歴等の経歴に関し、その内容を証する書類がない場合は、その経歴については認められません。