

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"/> 一般入試
受験日	第 回 年 月 日	
志望学科 (○印を記入)	言語聴覚科(昼間課程)	
	言語聴覚科(昼夜課程)	
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 19 年 月 日	歳
フリガナ			
現住所	〒 -		
	電 話 ()	-	
	携帯電話 ()	-	
	e-mail	@	
受験資格 (学歴事項)	学部	大学 西暦 年 月 卒業 科	卒業 卒業 見込

「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。

ご依頼人住所氏名が記入され
ているか確認してください。