

様式 1

受付番号

埼玉医科大学入学資格認定申請書

太枠内を記入してください。

年 月 日			
埼玉医科大学 学長 殿			
私は、貴学の入学者選抜に出願を希望します。 ついては、入学資格の認定を受けたいので、所定の書類を添えて申請します。			
受験希望 学部・学科	医学部・医学科		
国籍			
フリガナ		性別	男/女
氏名	㊦	該当項目に ○を付す。	
生年月日	西暦 年 月 日	年齢	歳
現住所	〒 -		
自宅TEL			
携帯TEL			
最終出身学校 該当項目に○を付す。	学校名： 西暦 年 月 卒業 (昭和/平成/令和 年) 卒業見込		
緊急連絡先 現住所以外の連絡先が ある場合は記入する。	〒 - TEL () (氏名： 本人との関係：)		