

神戸総合医療専門学校 AO 入試エントリー確認書

AO 入試エントリー者 氏名

学 校 名
立 高等学校 科 令和 5 年 3 月卒業見込み

公益社団法人 兵庫県専修学校各種学校連合会の通達により、高等学校卒業見込者の AO 入試エントリーについて、担任教諭の確認署名を求めています。

上記の者が本校の AO 入試にエントリーすることについてご確認いただき、ご署名いただきますようお願い申し上げます。なお、本校の AO 入試出願許可通知を受けた者は、本校の他の試験区分にて出願することができませんので、ご注意ください。

本校の AO 入試について、ご不明な点がございましたら、事務局入試・広報係までご連絡いただきますようお願い申し上げます。

令和 年 月 日

担任教諭署名

※記入された個人情報は、本校 AO 入試のために利用します。その他の目的で利用することはありません。

医療法人社団 慈恵会
神戸総合医療専門学校
事務局入試・広報係
TEL078-795-8000
FAX078-793-5070