

令和 6 年 度
臨床工学専攻科
出願資格確認書類提出票

ふりがな			
氏 名			
現 住 所	〒		
連 絡 先	電 話 携 帯	() ()	— —
	メー ル アドレス		

※出願資格書類について問い合わせをすることがあるので、連絡先には必ず連絡を受けることができる電話番号、メールアドレスを記入すること。

下記の書類と合わせて、事務局まで郵送又は持参してください。提出する際の封筒は、各自で用意してください。
提出された書類を確認し、出願資格の有無を文書により通知します。

成績証明書 大学、短大及び各養成校が発行したものを提出してください。

大学、短大及び各養成校の 出願者が履修した授業科目・授業内容が記載されている
シラバス(在籍当時のもの) シラバス(コピー可)を提出してください。

※返却を希望する場合は、返信用封筒(返信に必要な切手の貼付・返信先住所・氏名を明記)を同封してください。

〔提出先〕

〒 654-0142 神戸市須磨区友が丘7丁目1番21
神戸総合医療専門学校 事務局

※ 学校記入欄	
受付日	
連絡日	

・記入された個人情報とは本校臨床工学専攻科出願資格の確認及び連絡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。