

入学者選抜試験入学資格審査申請書

年 月 日

愛知医科大学長 殿

ふりがな
申請者 氏 名 _____ 印
生年月日 _____ 年 月 日
現住所 〒 _____
電話番号 (_____) - _____
携帯電話番号 _____ - _____

令和5(2023)年度愛知医科大学医学部の入学者選抜試験を受験したいので、入学資格審査について申請します。

1 最終出身教育施設の名称等

学校名	
所在地	〒 電話番号 (_____) - _____
卒業年月	_____ 年 _____ 月 卒業・卒業見込

2 申請書類

- (1) 当該学校の卒業証明書又は卒業見込証明書
- (2) 当該学校の成績証明書又は調査書
- (3) 当該学校の概要が記載されているもの(「学校案内」等)
- (4) 当該学校の教育内容が記載されているもの(修業年限, 教科目, 授業時間数, 卒業要件等)