

# 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9（2027）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）