

入学者選抜試験入学資格認定申請書

平成 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 \_\_\_\_\_ 西暦 年 月 日  
現住所 〒 \_\_\_\_\_  
電話番号 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_  
携帯電話番号 \_\_\_\_\_

平成31年度(2019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、入学資格の認定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)