

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）