

写真票

受験番号

※

受験学科名

ふりがな
受験生氏名

全面のりづけ
写真(縦3cm×横2.4cm)
を貼り付けてください。
上半身・正面・脱帽
(6ヶ月以内撮影)
・スピード写真可
・白黒・カラーいずれも可

令和3年度 受験票

受験番号

※

受験学科名

ふりがな

受験生氏名

1 試験日時： 年 月 日

開始時間午前10時00分

(受付：午前9時～9時30分)

2 試験会場： 宮崎市

鹿児島市

本校(熊本市)

3 当日は、9時30分までに試験会場においでください。(受付9時開始)
4 受験当日は、本受験票を持参し、受付に提出してください。

※筆記用具、スリッパ持参のこと。

年 月 日

T8620911

熊本市東区健軍3丁目50番21号

学校法人 清水学園

西日本教育医療専門学校入試係

TEL.(096)331-3301

領収印
入学検定料

↓太枠の中のみご記入ください。