

令和9年度 入学願書

西日本教育医療専門学校長 様

全面のりづけ
写真(縦4cm×横3cm)
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

※太線枠のみ記入ください。

※入学検定料は郵便局の普通為替にて、20,000円を納入ください。

受験番号		該当する箇所に☑チェックをつけてください。		
志望学科	<input type="checkbox"/> こども未来学科(夜間)(CN)	入試区分	<input type="checkbox"/> 一般(A)	受付日
	<input type="checkbox"/> 視能訓練士学科(E)		<input type="checkbox"/> 学校推薦(B)	選考日
	<input type="checkbox"/> 医療事務管理士学科(M)		<input type="checkbox"/> 社会人自己推薦(C)	
入試会場(第1回入試受験者のみチェック)		<input type="checkbox"/> 本校	<input type="checkbox"/> 宮崎市	<input type="checkbox"/> 鹿児島市
ふりがな	氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日生
			性別	申込日現在 歳
ふりがな	〒		自宅電話()	—
現住所			携帯電話()	—
出身高校	学校名	立	高等学校	科
			昭和・平成・令和 年 月 卒業・卒業見込	
最終学歴	大学	学部	昭和	卒業
	短期大学	学科	平成	年 月
	専門学校	学科	令和	卒業見込
取得資格	資格・検定名	級・段		

(切りとらないでください)

↓太枠の中のみで記入ください。

(切りとらないでください)

郵便はがき



料金後納郵便

特定記録

住所	様
氏名	

9:30~10:00 受付

受験上の注意

・遅刻しないように集合してください。(試験開始後30分以後の入場は認めません)
・面接は、順番により待ち時間が長くなる場合があります。
・スリッパ、靴袋は各自でご持参ください。

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4cm×横3cm)
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9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

(受付：午前9時30分～10時)

2 試験会場： 本校(熊本市) 宮崎市 鹿児島市3 当日は、10時までに試験会場においでください。(受付9時30分開始)
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。

※スリッパ、靴袋持参のこと。

年 月 日

〒862-0911

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。