

受験番号	
受付日	

上尾中央医療専門学校
家族特待生 申込書

私は家族特待生に該当するため、下記のとおり申込をさせていただきます。

1. 受験者の情報

志望学科 (該当項目を○で囲む)	作業療法学科	理学療法学科	同区分		
試験区分 (該当項目を○で囲む)	AO	指定校 推薦	高校 推薦	大学・社会人 推薦	推薦 A日程
	推薦 B日程	推薦 C日程	一般 A日程	一般 B日程	一般 C日程
受験者 氏名					
受験者 生年月日	昭和・平成 年 月 日				

2. 該当する家族の情報 (該当するいずれかの項目を記入)

※ □のある項目は、該当する□に✓をしてください。

1) 在校生・卒業生家族 情報

氏 名		生年月日	昭和・平成 年 月 日
所属学科	<input type="checkbox"/> 理学療法学科 <input type="checkbox"/> 作業療法学科		
現 状	<input type="checkbox"/> 在校生 <input type="checkbox"/> 卒業生 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子ども <input type="checkbox"/> 兄弟・姉妹 <input type="checkbox"/> 孫		

2) 上尾中央医科グループ (AMG) 職員家族 (常勤職員に限る) 情報

氏 名		生年月日	昭和・平成 年 月 日
所属施設		所属部署	
受験者との関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子ども <input type="checkbox"/> 兄弟・姉妹 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> 本人		

上尾中央医療専門学校 学校長 奥村 博文 殿

令和 年 月 日

受験者氏名 _____

保護者または親権者氏名 _____ 印
(受験者が未成年の場合のみ記入)

【審議結果】

可 ・ 否

学校長印