

資格特待生制度申請書

(西暦) 年 月 日

学校法人昌賢学園
群馬医療福祉大学短期大学部
学長 鈴木 利定 様

私こと、今般資格特待生制度の特待生として採用していただきたく
申請いたします。

志願者氏名 印

保護者氏名 印

フリガナ		(西暦)	年 月 日
志願者氏名		生年月日	年 月 日
学校名	高等学校 中等教育学校		
本人住所	〒 TEL		
志望学科	医療福祉学科	コース	
取得資格等名称	資格名	認定機関名	
※本制度に適応する取得資格及びその認定機関を記入すること。 ※取得資格等の合格証書等証明書類の写し(コピー)を、出願書類に同封して申請すること。			

※複数の入学試験を受験する場合は、入学試験ごとに申請してください。

※取得資格が複数該当する場合は、免除額の多いものを採用とします。

※スカラシップ入学試験(特待生入学試験)の特待生制度との併用はできません。