

2024年度・2025年度 医療創生大学 編入学試験 志願票 ( 薬学部秋季 10月期 12月期 2月期 )

志望学部・学科		希望編入年次		※受験番号
学部		学科	年次	
フリガナ				写真貼付欄 1. 正面半身脱帽 2. 出願期間初日の前3か月以内撮影 3. 縦4cm横3cm枠なし 4. 全面糊付 5. 写真の裏に志望学部氏名を記入すること 6. 白黒・カラーどちらでも可
氏名				
住所 および 連絡先	〒 — — — — —	TEL: — — — — —	携帯電話: — — — — —	
生年月日	(西暦) 年 月 日 (満 歳)			
国籍	1. 日本 2. 外国 ( )			
出身大学等	都・道・府・県		国立・公立・私立	
	大学・短期大学 高等専門学校・専修学校			
	学部	学科	専攻	
	【(西暦) 年 月 卒修了】	【(西暦) 年 月 卒業見込・修了見込】	【(西暦) 年 月 卒業見込・修了見込】	

※は記入しないでください

切り取り無効

(注意)

本頁の「志願票・受験票」と次頁の「受験票返送用宛名シート」は両面印刷をしないこと。

2024年度・2025年度 医療創生大学  
編入学試験 受験票

( 薬学部秋季 10月期 12月期 2月期 )

※受験番号	
志望学部・学科	学部 学科
フリガナ	
氏名	

注意	試験当日は必ず受験票を持参すること。
----	--------------------

※は記入しないでください

■当日は、試験開始20分前までに大学事務局(企画課)に集合すること。

切り取り無効

(受験票返送用宛名シート)

速達

郵便はがき

□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---



様

通信欄  
(記入不可)

〒970 -8551 福島県いわき市中央台飯野5-5-1  
医療創生大学 いわきキャンパス 企画課  
TEL 0120-295110

住所・氏名を必ず記入すること  
カラーで印刷すること