

【切り取り線】

契  
印

令 和 6 年 度

帯 広 市 医 師 会 看 護 専 門 学 校 入 学 選 抜

受 験 票

受 験 号	※	
ふりがな		
氏 名		
選 抜 区 分 い ず れ か に ○	<input type="checkbox"/>	高 等 学 校 推 薦 型 選 抜 ( 指 定 校 推 薦 )
	<input type="checkbox"/>	高 等 学 校 推 薦 型 選 抜 ( 公 募 推 薦 )
	<input type="checkbox"/>	医 療 機 関 推 薦 型 選 抜
	<input type="checkbox"/>	社 会 人 選 抜
	<input type="checkbox"/>	一 般 選 抜

【切り取り線】

【切り取り線】

※印欄は記入しないでください。

写真貼付欄

1. 最近3ヶ月以内に撮影
2. 上半身、無帽、正面
3. 縦5cm×横4cm
4. 写真の裏に  
氏名・生年月日記入

試験会場

帯 広 市 西 7 条 南 7 丁 目 3 番 地 2

帯 広 市 医 師 会 看 護 専 門 学 校

電 話 0155(65)0753

【切り取り線】