

【切り取り線】

契
印

令和7年度

帯広市医師会看護専門学校入学選抜

受験票

受験番号	※	
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】