

# 獨協医科大学 医学部出願資格確認申請書（総合型選抜用）

西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

申請者氏名（志願者本人）

フリガナ		性別	国籍
氏名		男・女	
生年月日	年 月 日生		
住所	〒 _____		
電話番号	( _____ )		
E-mail	_____ @ _____		

1. 卒業した大学又は在籍中の大学について記入してください。

※証明できる書類（コピー可）を添付。

大学名	国 ・ 公 ・ 私立  _____ 大学〔修業年限 _____ 年〕  ( _____ 年次在学 ・ 卒業見込み ・ _____ 年 _____ 月 卒業 )
住所	_____

2. 経歴

大学卒業後の学歴・職歴等がある場合は記入してください。

年	月	学歴・職歴等

3. 日本語能力試験の受験状況のうち該当するものを☑してください。

※合格の場合、証明できる書類（コピー可）を添付。

<input type="checkbox"/> 合格〔該当するものに○ N1, N2, N3, N4, N5 〕 <input type="checkbox"/> 不合格 <input type="checkbox"/> 受験していない
---