

# 入学資格認定申請書

平成 年 月 日

関西医療大学長 殿

申請者

氏名 \_\_\_\_\_ 印

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日生

住所 \_\_\_\_\_

私は、平成 年度関西医療大学入学試験を受験したいので、別添のとおり  
必要書類を添付のうえ、入学資格の認定を申請します。