A

公募制推薦選抜

※記入不要

年　　月　　日

関西医療大学長　　殿

大学入学希望理由書

フリガナ				生　年　月　日
氏　　名				年　　月　　日
出身高校	所在地	設置者	学　　校　　名	卒業（見込）年月
	都道府県	立		年　　月卒業（見込）

志望学科のアドミッションポリシーを理解した上で、志望理由を書いてください。

※ 黒または青のボールペンを用いて、本人が記入してください。