

※記入不要

年 月 日

関西医療大学長 殿

志 望 理 由 書

氏 名		男 女
年 月 日生		

志望学科と受験方式をチェックしてください。			
<input type="checkbox"/> 保健看護学科	<input type="checkbox"/> 基礎学力型	<input type="checkbox"/> 小論文型	
<input type="checkbox"/> 理学療法学科	<input type="checkbox"/> 基礎学力型	<input type="checkbox"/> 小論文型	
<input type="checkbox"/> 作業療法学科	<input type="checkbox"/> 基礎学力型	<input type="checkbox"/> 小論文型	
<input type="checkbox"/> 臨床検査学科	<input type="checkbox"/> 基礎学力型	<input type="checkbox"/> 小論文型	
<input type="checkbox"/> はり灸・スポーツトレーナー学科	<input type="checkbox"/> 基礎学力型	<input type="checkbox"/> エントリー型	<input type="checkbox"/> スポーツ活動評価型
<input type="checkbox"/> ヘルスプロモーション整備学科	<input type="checkbox"/> 基礎学力型	<input type="checkbox"/> エントリー型	<input type="checkbox"/> スポーツ活動評価型

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。