

受付日 ※	令和	年	月	日	エントリー番号	※
-------	----	---	---	---	---------	---

令和 3年度 高知リハビリテーション専門職大学
総合型選抜(B)(同窓子弟・子女対象)エントリーカード

志望専攻	専攻									
フリガナ				性別	写真貼付欄 ・上半身無帽正面向 ・3ヵ月以内撮影 ・写真裏面に志望専攻・氏名を記入 ・タテ4cm×ヨコ3cm					
氏名				男・女						
生年月日	昭和・平成	年	月	日 (満歳)						
フリガナ										
現住所	〒			—						
	TEL			—						
出身校等	名称等	高校コード	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	立	学校	科
	課程	全日制・定時制・通信制・専修学校(高等課程)・その他()								
	高等学校卒業程度認定試験(大検を含む)	昭和・平成・令和			年	月	合格	合格見込み		
	四年制大学・短期大学等 在学者・卒業生	() 大学 () 学部 () 短期大学 () 学部 その他専門学校等 () 昭和・平成・令和			年	月	卒業	卒業見込み・() 年生) 中退		
職歴等	昭和・平成・令和	年	月	～	年	月				
	昭和・平成・令和	年	月	～	年	月				
	昭和・平成・令和	年	月	～	年	月				
同窓親族の氏名等	昭和・平成・令和	年	月	学科・専攻、卒業・入学						
	フリガナ									
	氏名				(旧姓) 婚姻等により、姓名の変更がある場合は必ずご記入下さい。					
	志願者との続柄	保護者(父母)・兄弟姉妹・祖父母								
緊急連絡先	氏名	(志願者との続柄)								
	住所	〒				TEL				

担任等確認欄 (高等学校卒業見込み生徒のみ)	上記生徒の総合型選抜へのエントリー確認。 担任・進路指導担当(いずれかに○) 氏名	印
---------------------------	--	---

【備考】1. ※印の欄は記入しないでください。

2. 緊急連絡先については、確実に連絡が取れる電話番号を記入してください。

注: このカードは、当専門職大学総合型選抜の参考資料としてのみ利用し、その他の目的で利用することはありません。