

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

令和 4年度 高知リハビリテーション専門職大学
総合型選抜(C)(同窓子弟・子女対象)エントリーカード

受験日 (いずれかに○印をつけてください)		[] (A Type) 10/16	[] (B Type) 10/17			
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"/> <input type="text"/>			
		立	学校	科		
		昭和・平成・令和	年	月	卒業・卒業見込み	
	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。