

※ **A4 サイズ**で印刷してください。

受験番号	※
------	---

※印欄は記入しないでください。

令和 8(2026)年度
熊本保健科学大学 学校推薦型選抜（離島枠）入学志願票

		2025 年		月	日現在
フリガナ		性別 ※該当するものに○	男・女	写 真 貼 付 縦 4 cm×横 3 cm 正面・上半身脱帽 最近 3 か月以内に 撮影した顔が鮮明 なもの。	
氏 名					
生年月日	西暦 年 月 日				
志望学科 ※該当するものに○	医学検査・看護・リハビリテーション (理学療法学専攻・作業療法学専攻・言語聴覚学専攻)				
住 所	□□□-□□□□				
電話番号	①電話番号(本人) — —				
	②緊急連絡先 — — 【保護者・自宅・その他()※該当するものに○】				
高 校	高等学校 科			西暦 年 月 卒業・卒業見込	

注意事項 1. 黒のボールペン等を使用し、丁寧に記入してください。
2. 誤って記入した場合は、該当部分を二重線で抹消し、訂正印を押してください。

* 記入いただいた個人情報、熊本保健科学大学の入学者を選抜するという目的の為に利用するものであり、本学以外の第三者に提供または公表しません。

※出願書類が届きましたら、入学志願票に記載の電話番号(①または②)に入試・広報課(096-275-2215)よりお電話します。
受験についての重要な事項をお伝えしますので、予めご承知おきください。

※11月12日(水)までに電話がない場合は、必ず入試・広報課(096-275-2215)まで
ご連絡ください。