

厚生労働大臣指定  
日本病院会認定校  
学校法人 **三幸学園**



# 東京医療秘書福祉専門学校

〒113-0033 東京都文京区本郷 3-23-16

☎ 0120-160-350

☎ 03-3814-6936 FAX 03-3814-3410  
テキスト

受験番号

No.

※太枠内は記入しないこと

## A0エントリーシート

志望学科 コース	<input type="checkbox"/> 医療秘書科	<input type="checkbox"/> 医療保育科
	<input type="checkbox"/> 医療秘書コース <input type="checkbox"/> 医療事務研究コース	<input type="checkbox"/> 医療事務保育コース <input type="checkbox"/> 小児看護コース <input type="checkbox"/> 未定
	<input type="checkbox"/> 看護クラークコース <input type="checkbox"/> 医療ITコース	
	<input type="checkbox"/> 小児クラークコース <input type="checkbox"/> 医師事務コース <input type="checkbox"/> 未定	<input type="checkbox"/> 歯科アシスタント科
	<input type="checkbox"/> 診療情報管理士科	<input type="checkbox"/> 介護福祉科
	<input type="checkbox"/> 医療事務科	<input type="checkbox"/> 総合福祉コース <input type="checkbox"/> スポーツレクリエーションコース
<input type="checkbox"/> くすりアドバイザー科	<input type="checkbox"/> 心理福祉コース <input type="checkbox"/> 未定	

※志望する学科・コースに○をつけてください。

(コースは入学後の希望調査にて最終決定いたしますので、変更可能です。現時点での希望コースに○をつけてください。)

フリガナ		男・女	生年月日	年齢
氏名			西暦 年 月 日生	
フリガナ				
現住所	〒 □□□-□□□□			
	都道 府県			
電話番号	自宅 ( )	-		
	携帯電話 ( )	-		
学歴	<input type="checkbox"/> 全日制 <input type="checkbox"/> 通信制 <input type="checkbox"/> 定時制 都・道 高等学校 科 府・県 立 短大・大学 学部 市・私 専門学校 高卒認定(旧大検)(平成 年 月合格)			
	※キャンパス名・校舎名(通信制高校含む)がある方は、ご記入ください。(キャンパス)			
	平成 年 月 卒業見込・卒業			

⑨ボールペンで記入(消えるボールペン不可)

裏面も必ず記入してください。

