**入 学 志 願 書**

**上海中医薬大学附属日本校**

**校長　矢尾　重雄　殿**

年　　月　　日

写　真

縦4.5×横3.5cm

1.正面上半身、脱帽

2.無背景で3ヶ月以内に撮影したもの

本　　人　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

保護者又

は保証人　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

下記の学科に受講を希望します（希望学科に○をつけてください）

|  |
| --- |
| 大学専科コース（日本課程） |
| 中医学科 |  | 鍼灸学科 |  | 推拿学科 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 本　　　　　　人 | ふ り が な |  | 本 籍 地 |
| 氏　　　名 | 男・女 | 都道府県 |
| 氏名ローマ字 |  |
| 生 年 月 日 | 西暦　　　　　　年　　月　　日生 | 年齢 | 歳 |
| ふ り が な |  |
| 現 住 所 |  |
| 郵 便 番 号 |  | 電話番号 | （　　　）　　　― |
| Eﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  | 携帯番号 | －　　　　－ |
| 最 終 学 歴 | 　　　　　　　　　　　　　　　専門学校卒業卒業見込　　　　　　　　　　　　　　　　短　大　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　大学（大学院）　　 |
| 資　　格 |  |  |  |
| 勤 務 先学 校 名 | 　　　　　　 　 　自　　年　　月　　日 ～至　　年　　月（勤務都市名） |
| 保護者又は本人 | ふ り が な |  | 本人との続柄 |
| 氏　　　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　男・女 |  |
| 生 年 月 日 | 西暦　　　　　 　年　　月　　日生 | 年齢 |  歳 |
| ふ り が な |  |
| 現 住 所 |  |
| 郵 便 番 号 |  | 電話番号 | ※保護者又は保証人の欄は未成年の方のみ記入して下さい。 |