

志望学科	1: 理学療法学科	<input type="checkbox"/>	志望する学科の番号を記入してください。
	2: 作業療法学科		

※本学記載 受験番号	
---------------	--

氏名	フリガナ					
	漢字					
生年月日	西暦	年	月	日	性別	男・女

電話番号	①※	-	-
	②※	-	-

※ 自宅、携帯等、確実に連絡することが可能な連絡先を記入してください。

住所	郵便番号	-
	住所1	都道府県 市区郡
	住所2	町村番地
	住所3	マンション・アパート・号室・様方

出身校情報	高校所在地(高卒認定者は出身地)	都道府県	学校名
	卒業(見込)年月	高卒認定は合格年月(西暦)	高等学校 中等教育学校 高卒認定・その他

保護者	フリガナ		
	漢字		

出願者との続柄	電話番号	①※	-	-
		②※	-	-

証明写真貼付欄
(カラー)
縦4cm×横3cm

※上半身正面向、無帽・無背景で3か月以内に撮影した写真を使用してください。

写真裏面には
氏名・生年月日を記入

受領日	※本学記載
-----	-------

※本学記載	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="text"/>	

履歴事項(西暦)	年 月	中学校卒業
	年 月	高等学校入学
	年 月	高等学校卒業(見込) 高卒認定・大検
	年 月	
	年 月	

(記入上の注意)
黒ボールペンを用いて自筆で正確に記入してください。記入誤りの訂正は、赤の二重線で抹消し、余白に書き直してください。訂正印は不要です。

※ 中学卒業から「高校入学」「高校卒業(または見込み)」
「卒業後から現在に至るまでの履歴」を空白期間なく記載してください。
予備校・大学・職歴等についても記載してください。
※ 履歴欄が不足する場合は「裏面に続く」と記載の上、残りを裏面に記載してください。

関西医科大学受験票

リハビリテーション学部 COVID-19特別試験

受験番号	※記入不要
フリガナ	
氏名	

試験日	令和 3 年 3 月 17 日 (水)
試験会場	本学枚方学舎医学部棟

受験にあたっての注意事項

- 本票は入試当日必ず持参すること。
- 試験室は9時20分に開錠予定です。
- 9時45分までに試験場に入室し、着席すること。
- 試験開始後20分以上の遅刻者には受験を許可しない。
- 問題冊子・解答用紙の持ち出しを禁ずる。
- 公共交通機関を利用し、来学すること。

試験中に机におけるもの

- ①黒鉛筆（黒い芯に限る） ②シャープペンシル
 - ③プラスチック製の消しゴム（ケース除く） ④シャープペンシルの芯（ケース除く）
 - ⑤定規（15cm以下） ⑥鉛筆削り（電動式・大型のものを除く）
 - ⑦時計（辞書や電卓等の機能があるものを除く）
 - ⑧眼鏡 ⑨ハンカチ ⑩目薬 ⑪ティッシュペーパー（中身だけ取り出したもの）
- ※ ⑨～⑪の使用については監督者の許可が必要
上記以外の物品については試験中及び試験室内では使用できません。

その他

- 募集要項の受験者心得及び不正行為についてを熟読の上、試験に臨んでください。
特に試験室内では休憩中であってもスマートフォン等の電子機器類の使用は禁止です。

お問い合わせ先

関西医科大学入試センター（072-804-0101）