入学資格認定申請書

（川崎医療福祉大学・川崎医療短期大学･川崎リハビリテーション学院）

　　　年　　　月　　　日

川崎医療福祉大学長　殿

川崎医療短期大学長　殿

川崎リハビリテーション学院長　殿

申 請 者

生年月日　　　年　 　月　 　日生（満　 　歳）

　　　　　　　　　　　　　　　　（〒　 　－　　 　）

現住所

電話番号

志望学科

私は、2025年度川崎医療福祉大学･川崎医療短期大学･川崎リハビリテーション学院

入学試験の入学資格認定を受けたいので、所定の書類を添えて申請します。