

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

氏名

生年月日 年 月 日生 (満 歳)

(〒 -)

現住所

電話番号

志望学科

私は、2027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。