2025 年度

福岡国際医療福祉大学　大学院

様式４

＊大学院使用欄（記入不要）

＊

受験番号

出願資格審査申請書

この度、貴大学院を受験いたしたく、出願書類一式を添えて出願資格の審査を申請いたします。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏 | 名 |  | 性 別 | 男 ・　女 | 女 |  |
| 生 年 月 日 | 西暦年 月 | 日 | 年 齢 | 歳 |
| 課程・専攻分野 | 修士課程 保健医療学専攻 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | 分野 |  |  |  |
| 住 | 所 | 〒 －TEL |  | － | － |  |  |  |
| 審 査 結 果の 連 絡 先※1 | 上記住所と同一の場合は記入不要〒 －TEL |  | － | － |  |  |  |
| 入学検定料の 返 金 先※2 | 振 込 先 |  | 銀行 |  |  |  | 支店 |  |  |
| 預 金 種 目 | 普通・当座 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| フ リ ガ ナ |  |
| 口座名義人 |  |
| 口座名義人住 所 | 〒 －TEL |  | － | － |  |  |  |

※1 平日の昼間に連絡可能な連絡先を記入してください。

※2 審査の結果、出願が認められなかった場合のみ返金します。