

被災地域応援プロジェクト（被災者特別措置）申請書

申請年月日： 年 月 日

岐阜保健大学学長 様

岐阜保健大学医療専門学校長 様

被災地域応援プロジェクト（被災者特別措置）を申請します。

申請者	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	連絡先 住所	〒
	電話番号	( )
	メールアドレス	
	出身高等学校名	立 高等学校
保証人	フリガナ	
	氏名	
	続柄	
	連絡先 住所	〒
	電話番号	( )
入学試験種別（レ点を付けてください。）		受験学部・学科（○を付けてください。）
<input type="checkbox"/> 総合型入試（Ⅰ～Ⅱ期）		看護学部看護学科 ・ リハビリテーション学部理学療法学科 ・ リハビリテーション学部作業療法学科
<input type="checkbox"/> 特別奨学生入試		
<input type="checkbox"/> 公募制推薦入試（Ⅰ～Ⅱ期）		
<input type="checkbox"/> 指定校制推薦入試		
<input type="checkbox"/> 専門学科・総合学科推薦入試		
<input type="checkbox"/> 一般入試（Ⅰ～Ⅳ期）		
<input type="checkbox"/> 大学入学共通テスト利用入試（Ⅰ～Ⅲ期）		
<input type="checkbox"/> 社会人入試（Ⅰ～Ⅱ期）		柔道整復科 ・ はり・きゅう科
<input type="checkbox"/> 第1次 入試		
<input type="checkbox"/> 第2次 入試		
<input type="checkbox"/> 第3次 入試		
<input type="checkbox"/> 第4次 入試		
<input type="checkbox"/> 第5次 入試		