入学希望者紹介シート

下記の項目にご記入の上、メール、郵送またはＦＡＸにてご提出ください。

ご紹介いただく方の情報、受験者の情報をご記入ください。ご不明な点は下記の入試係までお問合せください。

※本校卒業生の方は、卒業された学科および卒業年度、在校生の方は、学科名および学籍番号もご記入ください。

　　　　四国医療専門学校　入試係：0877-41-2323　月～金曜日　9：00～17：00

|  |  |
| --- | --- |
| ご紹介者様のお名前 | フリガナ |
|  |
| 学科名　※ |  |
| 卒業年度（学籍番号）※ |  |
| ご紹介者様のご住所 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 勤務先 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 受験者のお名前 | フリガナ |
|  |
| 受験者の状況 | 高校生　・　大学生　・　専門学校生　・　社会人　・　その他 |
| ご希望の学科 |  |
| 受験者のご住所 | 〒 |
| 推薦理由 |  |
| 受験予定日 | 　　　　　　　年　　　　　　　月受験予定　　　　　・　未定 |

**メールアドレス　　hello@459.ac.jp**

**宛先　　　　　　　　〒769-0205　　香川県宇多津町浜五番丁62-1　四国医療専門学校　入試係**

**TEL：0877-41-2323　　FAX：0877-41-2382**

　　※収集した個人情報の利用は、本学園の規定に基づき、必要な手続きにおいてのみ利用し、目的外での利用は行いません。

　　本学園は、個人情報の正確性及び最新性を保ち、安全に管理するとともに個人情報の紛失、改ざん、漏洩などの防止に努めます。