

入学希望者紹介シート

下記の項目にご記入の上、郵送又は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	

※ 本校を卒業された方及び在校生の方は、ご記入ください。

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	月受験予定 ・ 未定

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。