

FAX 0557-82-2775

ご記入後、このままご送信下さい。



東海医療学園専門学校
校長 木村 博吉 様

以下の者を、東海医療学園専門学校へ紹介致します。

ふりがな			
紹介者氏名			
卒業年（または卒期）	昭和・平成・令和	年（第 期卒）	※卒業期はわかればで構いません。
出身学科（該当に○）	鍼灸マッサージ科 ・ 鍼灸科 ・ あん摩マッサージ指圧科		
紹介者の住所	〒 -		
電話番号	- -		
メールアドレス	@		
ふりがな			
受験者氏名			
受験者の区分（該当に○）	高校生 ・ 大学生(短大生含) ・ 社会人・専門学校生 ・ 他（ ）		
受験区分 （ ）内の受験日程に○	AO (A・B・C)	推薦 (A・B)	社会人 (A・B・C)
	医療資格 (A・B・C)	一般 (A・B・C・D)	
紹介者と受験生の関係 (※)			

※紹介者と受験生の関係記入例：「親族」「自分の子」「患者様」「患者様の子」「知人」「知人の子」など

・受験者が受験する入試の「願書受付締切日（AO入試の場合はエントリー受付締切日）」までにご連絡ください（それ以降の紹介は無効となります）

・この紹介制度によるご紹介は、受験者の合格を保証するものではありません。どうぞご了承下さい。