

東邦大学 医学部 入学資格認定申請書

20\_\_年 \_\_月 \_\_日

東邦大学 学長 殿

ふりがな \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

生年月日（西暦） \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

住 所 〒 \_\_\_\_\_

連絡先（TEL） \_\_\_\_\_

私は、2025（令和7）年度東邦大学医学部入学試験を受験したいので、必要書類を添えて入学資格の認定を申請します。

略歴記入欄

年 月（西暦）	略 歴
西暦 年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月	

小学校からの略歴を記入してください。欄が不足する場合は裏面を利用してください。