

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、2026（令和8）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。