

令和 年 月 日

令和5年度 愛媛十全医療学院 入学試験
振替試験・追試験受験申請書

愛媛十全医療学院長 様

志願者 ^{フリガナ}氏名 _____ ㊞
生年月日 昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (_____ 歳)
電 話 _____

振替試験・追試験の受験を下記理由により申請します。

記

1. 受験番号 _____

(該当に○印)

志望学科 理学療法学科・作業療法学科

試験種別 指定校推薦・高校推薦・社会人推薦

理学療法学科大卒者入試 (第 _____ 回)・作業療法学科選考入試

一般選抜 (第 _____ 回)・作業療法学科社会人大卒対象入試 (第 _____ 回)

2. 申請理由

- 新型コロナウイルス感染症に感染していると診断を受け、本試験を受験できなかったため
(診断年月日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日)
- 新型コロナウイルス感染症の濃厚接触者と特定され本試験を受験できなかったため
(自宅療養等の期間 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日～ _____ 月 _____ 日)
- 試験日又はその直前に発熱や咳等の症状が発症し、新型コロナウイルス感染症の罹患が疑われ本試験を受験できなかったため

3. 学校(所属機関)の記入欄

上記申請理由が、事実と相違ない旨証明いたします。

令和 年 月 日

学 校 (所属機関) 名

学 校 (所属機関) 長

㊞

連絡先 (電話番号)

※学校(所属機関)長の証明が取れない場合は、医療機関の診断書を提出してください。