（様式１）

群馬県立県民健康科学大学入学資格認定申請書

　　年　　月　　日

 ※西暦を記載

　群馬県立県民健康科学大学長　あて

ふりがな

氏　　名　　　　　　　　　　　　　印

生年月日 　　　　　年 　月　 日

現 住 所

電話番号

　私は、2023年度群馬県立県民健康科学大学（看護学部看護学科・診療放射線学部診療放射線学科）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。