

平成30年度 藤田保健衛生大学 医学部
エントリーシート【AO入学試験(ふじた未来枠)】

ふりがな	
氏名	男・女
生年月日	平成 年 月 日生 (歳)
住所※	〒 —
連絡先	自宅： 携帯： メールアドレス：
出身高校	高等学校所在地 都・道・府・県 (国・公・私) 立
	高等学校 平成28年卒業 平成29年卒業 平成30年卒業見込

※住所欄には、郵送物の受け取りが可能な住所を記入してください。

私は、下記事項を理解した上で、藤田保健衛生大学 医学部 AO入学試験にエントリーします。

- 藤田学園ビジョン2025を実現する人材を求める入試であること。
- 高い学力とリーダーシップを有し、謙虚で誠実な人物を選考する入試であること。
- 卒業後、本学または関連病院で初期・後期臨床研修の5年間勤務すること。

平成 29 年 月 日 (自筆署名)
