

受 験 票

北陸大学大学院 医療保健学研究科 医療保健学専攻 修士課程	
選抜区分	1. 一般選抜 2. 社会人選抜
指導希望教員	
受験番号※	
ふりがな	男 ・ 女
氏 名	
※受 付 印	

試験会場:北陸大学 太陽が丘キャンパス

写 真 票

北陸大学大学院 医療保健学研究科 医療保健学専攻 修士課程	
選抜区分	1. 一般選抜 2. 社会人選抜
指導希望教員	
受験番号※	
ふりがな	男 ・ 女
氏 名	
写真貼付欄 (3×4cm) 半身脱帽正面向 最近3ヶ月以内に 撮影したもの ●裏面に氏名を 記入のこと	

[記入上の注意事項]

- ※印以外の箇所はもれなく記入し、該当事項を○で囲むこと。
- 写真票の裏面には入学検定料払込時の「郵便振替払込金受領書」の
コピーを貼付するこ