

令和9年度 昭和医科大学助産学専攻科
入学試験受験票

大学控

助産学専攻科		受験 番号		
フリガナ			性別	
氏 名				
生年月日	西暦	年	月	日生
試 験 場：昭和医科大学横浜キャンパス				
試験日時：令和8年9月26日（土）				
写真貼付欄 注 意				
1. 正面上半身、無帽、 背景無地 2. 大きさ縦4.5cm, 横3.5cm 3. 出願前3カ月以内に撮 影したもの 4. 裏面には必ず氏名を記 載し、全面糊付けする こと。				

令和9年度 昭和医科大学助産学専攻科
入学試験受験票

受験者用

助産学専攻科		受験 番号		
フリガナ			性別	
氏 名				
生年月日	西暦	年	月	日生
試 験 場：昭和医科大学横浜キャンパス				
試験日時：令和8年9月26日（土）				
写真貼付欄 注 意		受 付 印		
1. 正面上半身、無帽、 背景無地 2. 大きさ縦4.5cm, 横3.5cm 3. 出願前3カ月以内に撮 影したもの 4. 裏面には必ず氏名を記 載し、全面糊付けする こと。				

この受験票を試験場に必ず持参してください。
試験場内でも常時携帯してください。
昭和医科大学：045-985-6500

キリトリ

1. A4サイズで印刷してください。
2. 必要事項を記入の上、写真を2枚貼付してください。（同じ写真）
3. キリトリ線で切り取って、2枚とも提出してください。
4. 大学で受付印を押印し、受験番号を付与したあと、受験者用をお返しします。
5. 試験当日、受験者用を必ず持参してください。