

学校参加用模試申込書

※この申込書をコピーして、太枠内に必要事項をご記入の上、FAXしてください。
申込受付後、翌日までにFAXを返信いたします。返信がない場合は、お手数ですがページ下の電話番号までご連絡ください。

宛先FAX 03 - 6276 - 3223

- 会場受験の申込の場合は各回ごとに発行される会場・自宅受験用模試申込書を一緒にFAXしてください。
- ※高校コードは大学入試センター試験の受験案内に記載のものを記入ください。

記入日	年	月	日	高校コード
【学校名・担当先生名】				
フリガナ 高等学校 担当先生名(フルネーム)				先生
【住所】〒	都 道 府 県			
TEL	()	FAX	()	

※成績表、及び請求書は上記住所に送付させていただきます。

該当項目を○で囲んで下さい

看護医療全国模試

第1回
(記述)

第2回
(マーク)

第3回
(記述)

第4回
(マーク)

高2看護医療全国模試

第1回
(マーク)

第2回
(マーク)

高校実施日

※高校実施日の10日前までに申し込みください。(余裕をもって、お申し込みください。)
※高校実施日の2日前までに問題冊子等をお届けいたします。
※実施可能期間内での実施をお願いいたします。

月 日 (曜日)

お申し込み人数

※料金はお申し込み人数での請求となります。追加受験がある場合は合算した請求となります。
※追加で受験希望の生徒が出た場合、予備問題で対応ください。(予備問題が足りない場合のみ、ご連絡ください。)
※予備問題冊子は受験者数を問わず、2部お付けいたします。

予備問題を2部以上ご希望の場合、5部以内でお願いします。

学科のみ	学科+小論文	小論文のみ	合 計	新宿セミナー生	予備問題冊子数 (2部以上ご希望の場合)
名	名	名	名	無・有 (名)	部

※高校実施で新宿セミナー生が申込者の中にいる場合は、必ず以下の欄に、所属校舎・氏名・受験科目をご記入ください。

校 (氏名)	学科のみ/学+小/小論文のみ	校 (氏名)	学科のみ/学+小/小論文のみ
校 (氏名)	学科のみ/学+小/小論文のみ	校 (氏名)	学科のみ/学+小/小論文のみ

《受験会場》

高校	新宿校	池袋校	渋谷校	御茶ノ水校	国立校	町田校	横浜校	藤沢校	千葉校	柏校	津田沼校	大宮校	新越谷校	所沢校	仙台校
名	名	名	名	名	名	名	名	名	名	名	名	名	名	名	名

※高校実施には、自宅受験も含まれます。この場合、問題送付先と答案用紙の回収はお申込高校とさせていただきます。

答案回収日

※回収時間は指定出来ませんので、回収日の午前9時までに貴校事務室にお預けください。
※答案回収日によって、成績表の返却日が異なります。詳細は3ページをご参照ください。
※宅配業者受取日に佐川急便が回収に行かなかった場合には、お手数ですが下記電話番号までご連絡ください。
※回収日の変更を希望する場合には必ず下記電話番号までご連絡ください。
※答案の追加発送には別途送料が発生いたします。また、封筒等については貴校にてご負担ください。

◎答案回収一宅配業者受取日(※土・日・祝日を除く)

佐川急便が回収にうかがいます。(一部地域を除く)

月 日 (曜日)

記入欄