

# 私立医・歯学部 推薦入試

## 願書および志望理由書添削

- ◆ 講座内容 : 願書等提出書類の添削指導(完成まで何度でも)／模擬面接(30分程度、追加可)
- ◆ 日時 : 添削指導：郵送またはFAXでのご対応／模擬面接：ご希望の日時(希望者のみ)  
※事前にお書きになった書類をお送り下さい。余白にお名前と折り返しのFAX番号をご記入下さい。
- ◆ 場所 : 模擬面接は、メルリックス学院で行います。※遠方の方は宿泊手配も可能です。
- ◆ 受講料 : 10,800円／1校(税込) ※追加模擬面接⇒無料
- ◆ 申込方法 : 下記の申込用紙にご記入の上、郵送またはFAXでお申し込み下さい。お申し込み確認後、請求書を発送いたしますので受講料を振込期限までにお支払い下さい。その後、添削物を郵送またはFAXでお送り下さい。また、模擬面接をご希望の場合、実施する日時の確認でお電話いたします。

医歯専門予備校 **メルリックス学院**

<http://www.melurix.co.jp/>

**渋谷本校**  
(渋谷駅西口徒歩6分)

☎0120-142-760  
〒150-0031 東京都渋谷区桜丘町6-2  
TEL 03-5428-2141 FAX 03-5428-2161

**福岡校**  
(地下鉄天神駅徒歩5分)

☎0120-142-762  
〒810-0073 福岡市中央区舞鶴1-1-11  
天神クラスビルディング2F  
TEL 092-717-3111 FAX 092-717-3112

※FAXの場合は切り取らずこのままお送り下さい。

☎ キリトリ線

### 2017年度メルリックス学院 申込書 私立医・歯学部 願書および志望理由書添削[推薦入試]

受験予定校	私立 (指定校・公募・( ) ) 推薦入試	大学(医・歯)学部	評価平均値	※正確ではなく大体で結構です	
模擬面接 希望日時	第1希望	/ ( ) :	宿泊希望 ※希望者のみ記入	チェックイン	/ ( )
	第2希望	/ ( ) :		チェックアウト	/ ( )

本人	フリガナ			性別	生年月日	
	氏名			男・女	西暦	年 月 日( 歳)
	現住所	〒	—	都道 府県		
	携帯番号	—	—	FAX番号	—	—
	メールアドレス					
	高校名	立	高校	年在学中・西暦	年卒	
大学名	大学	学部	年在学中・西暦	年卒		
保護者 (ご請求先)	フリガナ			続柄	勤務先名	
	氏名					
	住所	〒	—	都道 府県		
	電話番号	—	—	FAX番号	—	—

渋谷本校 FAX 03-5428-2161

net				
-----	--	--	--	--