

2024 年度入学試験に係る疑義申し立て

2024 年度入学試験の合否判定について疑義がある場合は、どのような疑義であるのか理由をつけて、受験者本人が以下の要領にて申し立てをしてください。

対 象 者	2024 年度本学入学試験を受験した受験者本人
申 請 期 間	2024 年 4 月 1 日（月）～4 月 26 日（金） 必着
申 請 方 法	以下①～③の必要書類を郵送にて本学に提出してください。 ① 2024 年度入学試験における疑義申し立て申請書 （本学所定の用紙に必要事項を全て記入したもの） ② 受験票のコピー（疑義申し立てを申請する選抜区分のもの） * 受験票を紛失した場合は、その旨を記入の上、身分証明書（免許証、健康保険証等）のコピーを添付 * 複数の選抜区分について疑義申し立てを申請する場合であっても、受験票のコピーの提出は いずれか 1 通のみで可 ③返信用封筒（レターパックプラスに限る） * 申請者の住所及び氏名を記入したもの
通 知 方 法	疑義申し立ての内容等を学内で審査し、調査を行うか否かを決定します。 調査を行った場合はその結果について、調査を行わなかった場合はその理由について、 提出いただいた返信用封筒にて回答を送付します。
申 請 及 び 問 い 合 せ 先	川崎医科大学 教務課入試係 〒701-0192 岡山県倉敷市松島 577 TEL : 086-464-1012 FAX : 086-464-1019 MAIL : nyushi@med.kawasaki-m.ac.jp 【受付時間】（平日）9 : 00～17 : 00、（土曜日）9 : 00～12 : 30 日曜日、祝日及び時間外は受け付けません。

2024 年度入学試験に係る疑義申し立て申請書

西暦 年 月 日

川崎医科大学 学長 殿

2024 年度川崎医科大学入学試験に係る疑義申し立てを申請いたします。

フリガナ				
氏名		生年月日	西暦	年 月 日
住所	〒			
電話番号				
疑義申し立てを申請する選抜区分 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 総合型選抜（中国・四国地域出身者枠、霧島市地域枠、特定診療科専攻枠）【専願】 <input type="checkbox"/> 学校推薦型選抜（附属高等学校）【専願】 <input type="checkbox"/> 一般選抜、地域枠選抜（岡山県地域枠、静岡県地域枠、長崎県地域枠）【専願】			
疑義の内容 及び理由				

※裏面に受験票のコピーを貼付してください。