

振替・追試験の受験申請書

申請日	電話連絡日	年 月 日
	申請書記入日	年 月 日
受験番号		
フリガナ 受験生氏名	-----	
電話番号		
申請事由 (該当するものに☑してください)	<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症罹患 <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症の濃厚接触者 <input type="checkbox"/> その他の疾病 ()	
疾病の状況や具体的な態様	記入例：○月○日 ○時 発熱、倦怠感 ○月○日 ○時 PCR 検査陽性	

※「振替・追試験の受験申請書」(この用紙)と「医療機関等で実施した PCR 検査、抗原検査等の結果がわかる書類のコピーまたは画像等」(提出が可能な方のみ)を合わせて以下へ送付してください。

問合せ・送付先 〒350-0495 埼玉医科大学医学部入試課
埼玉県入間郡毛呂山町毛呂本郷 38
TEL：049-295-1000 FAX：049-276-2016
E-mail：admtai@saitama-med.ac.jp