**2025年度　大阪保健医療大学　言語聴覚専攻科　自己推薦書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性別 | 受験番号 |
| 氏名 |  |  | ※記入しないでください |
| 生年月日 | （西暦）　　　　　　年 　　　 月 　　　 日 生 | |  |

|  |
| --- |
| 1. 自己の経験と言語聴覚士になるにあたっての抱負を記載した自己PR文（大学での経験、社会人としての経験、   ボランティアや介護の経験など。経験について指定はありません。）※最大1000字まで。文字数は採点基準に含まれません。 |
|  |
| 1. アドミッションポリシーに関する自己PR文　※最大1000字まで。文字数は採点基準に含まれません。 |
|  |