

FAX、郵送でお申込の方は以下申込書をお使いください ▼

学校名 (正式名称)				学部・学科名 (正式名称)			
ご住所	〒			国試 受験時期	年2月	学年 (2026年4月時点)	年
TEL				FAX			
(フリガナ) ご担当先生名				E-mail			

① 受験商品の選択と受験人数をご記入ください ※価格はすべて税込です。

セット	■ 5回セット 対策第1〜3回+必修+基礎学力	8,200 円 ×	名	単品	<input type="checkbox"/> 対策テスト第1回	2,200 円 ×	名
	■ 4回セット				<input type="checkbox"/> 対策テスト第2回	2,200 円 ×	名
	<input type="checkbox"/> 対策第1〜3回+必修	7,200 円 ×	名		<input type="checkbox"/> 対策テスト第3回	2,200 円 ×	名
	<input type="checkbox"/> 対策第1〜3回+基礎学力				<input type="checkbox"/> 必修問題 トレーニングテスト	2,000 円 ×	名
	■ 3回セット				<input type="checkbox"/> 基礎学力到達度 チェックテスト	1,800 円 ×	名
e ラーニング	<input type="checkbox"/> 対策第1回&2回+必修 <input type="checkbox"/> 対策第1回&3回+必修	6,000 円 ×	名		<input type="checkbox"/> 解剖生理学	1,500 円 ×	名
	<input type="checkbox"/> 対策第2回&3回+必修 <input type="checkbox"/> 対策第1〜3回				<input type="checkbox"/> 病態生理学	1,500 円 ×	名
	■ 科目別実力テストセット 解剖生理学&病態生理学	2,600 円 ×	名		<input type="checkbox"/> スタートアップテスト	1,400 円 ×	名
	<input type="checkbox"/> 「BeNs.個別学習」+「国試過去問」+ 「配信テスト」同時申込	10,000 円 ×	名		<input type="checkbox"/> 保健師対策模擬試験	4,400 円 ×	名
	<input type="checkbox"/> 「BeNs.個別学習」+「国試過去問」同時申込	7,200 円 ×	名		申込時 <input type="checkbox"/> 国試過去問	1,200 円 ×	名
	<input type="checkbox"/> 「国試過去問」+「配信テスト」同時申込	5,000 円 ×	名	▼ 無料特典			
	<input type="checkbox"/> 単品「BeNs.個別学習」	6,000 円 ×	名	テスト単品・セット いずれかの申込みで		3回セット以上 申込みで	
	<input type="checkbox"/> 単品「国試過去問」	1,500 円 ×	名	+ 「BeNs. 模試ふりかえり学習」 メニュー		+ 「国試 過去問」	

② 「実施予定日」と「問題セット到着ご希望日」をご記入ください

※web受験をご希望の場合はweb受験欄「☐希望する」に☑をご記入ください

商品名	対策第1回	対策第2回	対策第3回	基礎学力	必修
実施推奨期間	4/1〜8/28	7/17〜11/27	11/6〜2027/1/29	1/15〜12/25	4/7〜2027/3/23
web受験	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望する
実施予定日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
問題セット到着希望日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日

商品名	科目別(解剖)	科目別(病態)	スタートアップ	保健師
実施推奨期間	4/1〜2027/3/23	4/1〜2027/3/23	4/1〜2027/3/23	8/6〜2027/1/29
web受験	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望する
実施予定日	月 日	月 日	月 日	月 日
問題セット到着希望日	月 日	月 日	月 日	月 日

※問題セット到着希望日は実施推奨期間開始の前日からご指定いただけます。

 株式会社
メディカ出版
管理部
電話 06-6398-5008
Eメール privacy@medica.co.jp
個人情報保護管理者 藤田 英樹

〈請求とお支払い〉当パンフレットの【お申し込みから成績返却及び請求までの流れ】をご確認のうえ、必要事項をご記入ください。『問題セット到着ご希望日』は必ずご記入ください。〈個人情報の取り扱いについて〉下記に同意のうえ、申込書をご記入ください。1.ご記入いただきました個人情報は、当社プライバシーポリシー (store.medica.co.jp/privacy.html) に基づき、安全かつ厳密に管理いたします。2.個人情報は次の目的のみで利用します。①当社の商品情報の提供②商品企画のための調査③雑誌・書籍制作のための取材や原稿執筆のお願い 3.個人情報は、本人の同意なしに第三者への開示・提供・預託することはありません。4.お客様の個人情報を開示・訂正・利用停止・削除を希望される場合は、上記へお申し出ください。5.個人情報の提供はお客様の任意となります。ご提供いただけない場合は、当社の商品・サービスをご利用いただけない場合があります。

受験者名簿は裏面に続く

2026年度 メディカコンクール

No. / 枚中

受験者名簿

※「受験者名簿」は貴校の学生名簿を代用いただけますが、名簿に受験テスト名、貴校名、受験者名、フリガナが記入されていることをご確認ください。

●記入順に受験番号をふります。成績表の受験者名はカタカナで印字いたします。

受験者名簿の中に既卒生はいらっしゃいますか？(未記入の場合は①となります。)

- ① ☐ 既卒生はいない
- ② ☐ 既卒生がいる(既卒生の方のNo.に丸印をお付けください。) ・成績処理 ☐ 分ける ☐ 分けない
- ※②をチェックされた方のみ、お答えください。——→ ・請 求 書 ☐ 分ける ☐ 分けない

※この申込書と名簿をあわせてお送りください。

①で記入の人数と同じであることをご確認ください

<input type="text"/> 年2月国家試験受験			2026年4月時点の学年 <input type="text"/> 年			全 <input type="text"/> 名		
No.	姓	名	フリガナ	No.	姓	名	フリガナ	
1				26				
2				27				
3				28				
4				29				
5				30				
6				31				
7				32				
8				33				
9				34				
10				35				
11				36				
12				37				
13				38				
14				39				
15				40				
16				41				
17				42				
18				43				
19				44				
20				45				
21				46				
22				47				
23				48				
24				49				
25				50				

送信方向

FAX 06-6398-5081

送信方向

△ FAX番号のおかけ間違いにご注意ください。