

入学志願書

年 月 日

日本メディカル福祉専門学校

学校長 瓶 井 修 殿

- -	分	完
※		
受験番号		

本人氏名



写真全面貼付

- 1.6ヶ月以内に撮影
- 2.無背景、無帽
上半身正面
- 3.縦3cm×横2.5cmの
大きさに写真を切って
て全面貼ること

下記学科に入学を希望します

(□に✓を入れて下さい)

<input type="checkbox"/> 専願	<input type="checkbox"/> 昼間部 臨床工学科
<input type="checkbox"/> 併願	<input type="checkbox"/> 夜間部 臨床工学専攻科
	<input type="checkbox"/> 昼間部 こども福祉学科

選考種別 (□に✓を入れて下さい)

- | | | |
|--------------------------------------|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 推薦入試 | — | <input type="checkbox"/> 指定校推薦 |
| <input type="checkbox"/> AO入試 | | <input type="checkbox"/> 学校・事業所推薦 |
| <input type="checkbox"/> 社会人・リカレント入試 | | <input type="checkbox"/> 自己推薦 |
| <input type="checkbox"/> 一般入試 | | |

本 人	フリガナ				性 別	
	氏 名					
	生年月日	年	月	日生(才)		
	現住所	〒□□□-□□□□	電	自宅	-	-
			話	携帯	-	-
	高等学校	年 月	高等学校	科	卒業 卒業見込 認定合格 学校認定	
	高校卒業後の学歴	年 月	大学 短期大学 専門学校	学部	学科	卒業・卒業見込・中退・在学中
職 歴	自 年 月～至 年 月	まで在職・在職中				
	勤務先	TEL		-	-	
※保護者又は保証人	フリガナ				生年月日	
	氏 名				年 月 日生(才)	
	現住所	〒□□□-□□□□	電	自宅	-	-
		話	携帯	-	-	

承認	選考		期限
	/		/

※志願者が世帯主の場合は保護者又は保証人を必要としませんが、保護者又は保証人欄には緊急連絡先を記入して下さい。
※ご記入いただいた個人情報については入学選考及び入学後の学籍管理以外に使用いたしません。

本校を知った き っ か け (いずれかに○) (複 数 可)	1. 進学案内雑誌()を見て 6. 新聞() 2. 出身校で案内を見て 7. 看板・ポスターを見て(場所) 3. 出身校の先生の紹介(先生) 8. 家族の紹介 4. 友人・知人・在校生の紹介 9. 進学ガイダンス(会場) 5. インターネット 検索キーワード() 10. その他()
志 望 動 機 及 び 将 来 の 希 望	
得 意 科 目 ・ 特 技	
趣 味	
取 得 免 許 及 び 資 格	

併願者学費後納システムについて 選考結果の合否には関係ありませんので下記併願校等欄に記入して下さい。

併願校等

大学・短大等名	学 部	学 科	合 格 発 表 日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日

のりしろ

写真上部のみ貼る

- 1. 写真の裏に入学希望科と氏名を記入
- 2. 6ヶ月以内に撮影、無背景、無帽、上半身正面
- 3. サイズ: たて3cm×よこ2.5cm

※

年 月 日

推 薦 書

日本メディカル福祉専門学校

学校長 瓶 井 修 殿

学 校 名
又は
事 業 者 名

学 校 長 名
又は
事 業 所 長 名

記 載 者 名
又は
所 属 長 名

印

印

下記のとおり相違ないことを証明し、貴校入学者として推薦いたします。

フリガナ							性別	生 年 月 日		
氏 名								年 月 日生		
該 当 事 項 に ○ 印	優 秀	明 朗 性	自 主 性	研 究 心	計 画 性	責 任 感	協 調 性	所 見 (特記事項がありましたらご記入下さい。)		
	良 好									
	普 通									

キリトリ線

奨学金制度申込書

年 月 日

日本メディカル福祉専門学校

学校長 瓶 井 修 殿

※応募番号	
-------	--

※は記入しないで下さい。

本人氏名 ㊟

(注)氏名は楷書で正確に記入して下さい。

上半身写真貼付 写真の裏に氏名を 記入して完全に貼 付する。 タテ30cm × ヨコ25cm
--

下記の奨学金制度を希望します

(該当項目に✓を入れて下さい)

①一般奨学金制度 <input type="checkbox"/> 一般奨学金制度	②特別奨学金制度 <input type="checkbox"/> 高校評定が3年間3.0以上で3年間の欠席日数が10日以内 <input type="checkbox"/> 学校推薦、事業所推薦入試合格者 <input type="checkbox"/> AO入試合格者 <input type="checkbox"/> 社会人・リカレント入試合格者 <input type="checkbox"/> 親・兄弟が学園グループの卒業生又は在學生 <input type="checkbox"/> ボランティア、クラブ活動、生徒会活動等をしていた人
--	---

<input type="checkbox"/> 臨床工学科	<input type="checkbox"/> 臨床工学専攻科	<input type="checkbox"/> こども福祉学科
--------------------------------	----------------------------------	----------------------------------

フリガナ			性別	年	月	日生
氏名				電話 ()		-
現住所	〒□□□-□□□□					
高等学校	年	月	高等学校	科	卒業 卒業見込 認定合格 学校認定	
高校卒業後の学歴	年	月	大学院 大学 短期大学 専門学校	学部	学科 卒業・卒業見込・中退	
職歴	自		年	月～至	年	月 まで在職・在職中
	勤務先		TEL - -			

※承認	※選考		※期限
	/		/

※は記入しないで下さい。

※ご記入いただいた個人情報については入学選考及び入学後の学籍管理以外に使用いたしません。

キリトリ線

日本メディカル福祉専門学校 エントリーシート

 AO入試

 社会人・リカレント入試

 自己推薦入試

年 月 日

フリガナ		性別	生年月日
氏名			年 月 日生
現住所	〒□□□-□□□□		
電話番号	自宅	-	携帯電話
E-mail(携帯可)	@		
高等学校	年 月	高等学校	科 卒業見込 認定合格 学校認定
高等学校 卒業後の学歴	年 月	大学 短期大学 専門学校	学部 学科 卒業・卒業見込・中退
職歴	自 年 月～至 年 月 まで在職・在職中		
	勤務先 TEL - -		
保護者又は保証人	④		

希望学科	科
(1) 本学科の志望動機と将来の希望	

(2) 自己PR	

承認	※面談	日時	年 月 日	コメント	評価
	担当				

※は記入しないで下さい。ご記入いただいた個人情報については入学選考及び入学後の学籍管理以外に使用いたしません。