入　学　願　書

※ 学生証番号

あいち福祉医療専門学校
学校長　殿

下記学科に入学を志望します.

写真欄
1. 身分証明書用の写真(カラー)に限る
2. 上半身正面脱帽の3か月以内に撮影したもの
3. 縦4cm×横3cmの枠なしのもの
4. 写真の裏面には氏名を明記すること

※ 受付日	年　月　日	※ 受付番号			

本人	試験区分	△ 1. 推薦入学　2. 一般入学　3. 社会人入学　4. AO入学　5. 自己推薦入学				
	志望学科	学科	試験日	平成　年　月　日(　)		
	フリガナ		性別	△ 男・女	年齢	満　才
	氏名	㊞	生年月日	△ 昭和 平成　年　月　日生		
	フリガナ					
	現住所	〒□□□-□□□□　TEL(　)－(　)－(　)				
	学歴等 高等学校	△ 都道府県	立	高等学校　科	年　月	△ 卒業見込 卒業
	高等学校卒業程度認定試験(大学入学資格検定試験)	年　月　日合格				
	大学・短期大学・専門学校・高等専門学校等	△ 大学・短期大学 専門学校・高等専門学校	△ 学部 課程	修業年限 科(　年)	年　月	△ 卒業見込 卒業
	その他の学歴・職歴					
	併願希望(介護福祉学科のみ)	△ 有・無　(詳しくは裏面に記入下さい)				
	学生寮･アパートの資料送付希望	△ 希望する　希望しない				

※以下の欄は記入しないでください.

月　日	入学選考の記録	担当者
／		
／		

合格印	

【注意】
- ●黒のペン又はボールペンでていねいに記入してください.
- ●太枠内のみ記入してください.
- ●△印欄はいずれかを○で囲んでください.
- ●※印欄は記入しないでください.

1	2	3

受付印	

※この入学願書に記入されました個人情報は、本校入学選考および入学手続きに関する業務以外の目的に使用することはありません.