

# 入学願書

こころ医療福祉専門学校

校長 様

※受験番号	
※受付年月日	

※印の欄は記入しないでください。

ふりがな				写真 縦 4cm× 横 3cm 最近 3 か月以内 半身正面脱帽
受験者氏名		印		
性別	男 ・ 女	生年月日	西暦 年 月 日 満 ( ) 歳	
現住所	〒 TEL ( )			
送書類先	〒 TEL ( ) <small>(書類送付先が現住所と同じ場合は記入不要)</small>			
メールアドレス	Mail : @ <small>(受験番号等をお知らせできるメールアドレス) 【募集要項 P3 の志望校からのメールが受信ができる設定をお願い致します。】</small>			
志望学科	下記いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> チェックをしてください。第2希望, 第3希望がある場合 ( ) 内に数字を記入してください。			
	こころ医療福祉専門学校	<input type="checkbox"/> 理学療法科 第( )希望	<input type="checkbox"/> 柔道整復科 第( )希望	<input type="checkbox"/> 鍼灸科 第( )希望
	こころ医療福祉専門学校佐世保校	<input type="checkbox"/> スポーツ柔整科	こころ医療福祉専門学校吉岐校	<input type="checkbox"/> 介護福祉科
入試方法	下記いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> チェック及び ( ) 内に必要事項を記入してください。			
	高校生	<input type="checkbox"/> 学校推薦型選抜 (指定校推薦) ※専願の方のみ		
	共通	<input type="checkbox"/> 学校推薦型選抜 (学校推薦) 第( )期 ※専願の方のみ		
	<input type="checkbox"/> 総合型選抜 ※専願の方のみ			
	<input type="checkbox"/> 一般選抜 第( )期 他校併願 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 併願校名 ( )			
学歴	中学校 西暦 年 月 卒業			
	高等学校 年 月 卒業・卒業見込			
	年 月 卒業・卒業見込			
	年 月 卒業・卒業見込			
職歴	西暦 年 月			
	年 月			
	年 月			
	年 月			
	年 月			

※太枠内は必ず記入してください。 ※裏面の記入及び確認もお願いします。

以下の①～②の問いにお答えください。

①志望理由について記入してください。

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

②減免申請を行う方はご自身に当てはまるものを2つまで選び、選択欄に○を記入してください。  
備考に追記が必要なものは指示に従って記入してください。

制度名	選択	備考
学校推薦型入試制度		該当する方にチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 指定校推薦 <input type="checkbox"/> 学校推薦
部活動評価制度		所属した部活動名・チーム名を記入してください。 ( )
社会人早期受験支援制度		特別修学サポート制度との併用はできません。
有資格者リカレント支援制度		資格名称を記入してください。 ( ) <small>※資格取得を証明するもののコピーを同封してください。</small>
特別修学サポート制度 (総合型選抜)		社会人早期受験支援制度との併用はできません。
一人暮らし支援制度		現住所(実家)を記入してください。 ( ) <small>※オリエンテーションの際に賃貸借契約書の写しを提出ください。</small>

※提出・添付がない場合や入学手続き後の申請は、減免対象外となります。