

入学志願票

- 葵メディカルアカデミー 歯科衛生科 3年制
- 葵メディカルアカデミー 理学療法科 3年制
- 埼玉医療福祉専門学校 理学療法学科 4年制

※出願する学校名及び学科名を必ずチェックしてください。

顔写真貼付欄
3ヶ月以内に撮影
脱帽上半身
正面向
(タテ4cm×ヨコ3cm)
裏面全面に
糊付けのこと

出願区分	<input type="checkbox"/> 自己推薦(社会人含) <input type="checkbox"/> 推薦 <input type="checkbox"/> 一般(社会人含)	再受験	受験番号
フリガナ		男 ・ 女	生年月日
氏名	(印)		昭和 年 月 日生 平成 (満 歳)
現住所	〒		
電話	() 自宅・携帯・呼出		
保証人 または 保護者	氏名	(印)	
	住所	〒 電話 ()	
出身 高等学校	都道府県 国立・県立・道立・都立・府立・市立・私立 他()		
	年 月	高等学校	卒業・卒業見込
	年 月	高等学校卒業程度認定試験(旧大検)	合格
学歴 高等学校 卒業以降 学校名/学部名 学科名を記入	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	年 月～	年 月	
	年 月～	年 月	
	年 月～	年 月	
	年 月～	年 月	現勤務先10:00から16:00までの連絡先 電話 ()

(注意) 1. 黒色のボールペンを使用し、本人自署で明瞭に記入してください。※太枠内は記入しないこと。
2. 該当する箇所を○で囲むこと。
3. 保証人または保護者も自署とし、(印)は必ず押してください。

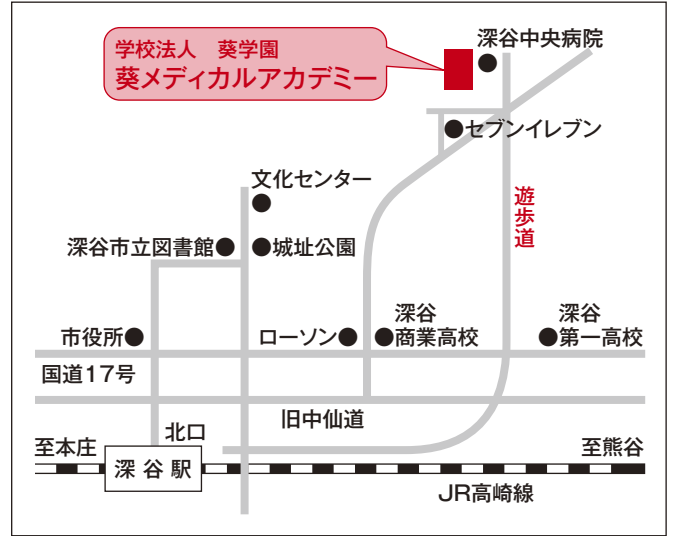
志
望
動
機

免
許
·
資
格
等

趣
味
·
特
技
等

試験会場

葵メディカルアカデミー・埼玉医療福祉専門学校
全学科共通



(切り離してください)

学校法人 葵学園 葵メディカルアカデミー

〒366-0035 埼玉県深谷市原郷 495-1

TEL 048-573-9321

※JR高崎線深谷駅下車 遊歩道利用徒歩約30分

切り離して保管してください

入学検定料振込控え貼付用紙

フリガナ	
氏名	

振込方法にチェックを入れてください。

ATM 金融機関窓口 インターネット

入学検定料振込控え貼付欄

自己推薦書

志望学科	葵メディカルアカデミー
	<input type="checkbox"/> 歯科衛生科3年制
	<input type="checkbox"/> 理学療法科3年制
	埼玉医療福祉専門学校
	<input type="checkbox"/> 理学療法学科4年制

受験番号	
------	--

フリガナ		男・女	生年月日
氏名			昭和 年 月 日生 平成 (満 歳)

「自己アピールできるもの」と関連する事柄を中心とした活動(中学校入学後)などの実績・記録があれば個人と団体に分けて記入してください。

1. 個人活動(中学入学後)

個人活動の内容・実績などを記入してください。(資格・検定や各種コンテスト・コンクール・競技など)

	年齢	活動の内容	成果・実績・記録など	主催団体
年 月				
年 月				
年 月				
年 月				
年 月				

上記に該当しない個人活動で特記することがあれば記入してください。

--

2. 団体活動(中学入学後)

所属した団体(学校外のクラブ活動・ボランティア活動などを含む)を記入してください。

	年齢	活動の内容	成果・実績・記録など	主催団体
年 月				
年 月				
年 月				
年 月				
年 月				

実績などが無い場合でも特記することがあれば記入してください。

--

平成 年 月 日

学校長推薦書

学校法人葵学園

葵メディカルアカデミー

埼玉医療福祉専門学校

学校長 様

高等学校名

住所

学校長名

印

下記の者は、人物、学力ともに貴校 葵メディカルアカデミー 歯科衛生科 3年制
 葵メディカルアカデミー 理学療法科 3年制
 埼玉医療福祉専門学校 理学療法学科 4年制
への進学に適する者と認め推薦いたします。

記

1. 推薦する者の氏名 _____

2. 推薦理由

.....
.....
.....
.....

記載者

印

※該当する箇所にチェックを入れてください。