

# 入 学 志 願 票

- 葵メデイカルアカデミー 歯科衛生科 3年制  
 葵メデイカルアカデミー 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  
 埼玉医療福祉専門学校 理学療法学科 3年制 (夜間部)

※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	再受験		受験番号
	<input type="checkbox"/> AO <input type="checkbox"/> 一般	<input type="checkbox"/> 公募推薦 <input type="checkbox"/> 指定校推薦 <input type="checkbox"/> 社会人	
フリガナ	-----		生年月日(西暦)
氏 名	男・女		年 月 日 (満 歳)
現 住 所	〒		
電 話	( ) 自宅・携帯・呼出		
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。

志 望 動 機

免 許 ， 資 格 等

趣 味 ， 特 技 等