

学校法人 行岡保健衛生学園

行岡医学技術専門学校
大阪行岡医療専門学校長柄校

※ 年 月 日

※ 受験番号

※記入しないこと

学 校 長 殿

本 人

必ず押印のこと

保護者
または保証人

必ず押印のこと

※本人が成人の場合でも必ず記入・押印してください

AO (エントリーNo.)

一 般 指定校推薦

社会人 公募推薦

下記学科に

特別選考 自己推薦

学内選抜 医療人推薦

入学を希望します

(該当項目を○で囲み、AO入試の場合はエントリーNo.も記入してください)

Table with 2 columns: 志望科名, 看護第1学科 歯科衛生科 放射線科 臨床検査科 鍼灸科

(志望を○で囲んでください)

Table with 2 columns: 第2志望, 志望しない 歯科衛生科 臨床検査科 鍼灸科

(AO入試、歯科衛生科からの第2志望はありません)

Main application form table with sections for '本人' (Applicant) and '保護者または保証人' (Guardian/Guarantor), including fields for name, address, phone, and education history.

<p>志 望 動 機 (いずれかに○) (複数回答可)</p>	<p>a 出身校で案内を見て b 出身校の先生の紹介 c 家族の紹介 d 在校生の紹介 e 本校卒業生の紹介 f 病院・医院の先生等の紹介 g 知人・先輩の紹介 h オープンキャンパスに来て i 高校・進学相談会等の説明会場で(場所：) j 新聞()、看板・ポスターを見て(場所：) k 情報誌・ガイドブック等を見て(雑誌名：) l 本校からの案内状を見て m インターネット・ホームページ n 電話での問い合わせ o その他()</p>
<p>将 来 の 希 望</p>	
<p>得意科目・特技</p>	
<p>趣 味</p>	

※表面の「学歴」「職歴または勤務先名」に記入しきれない場合、以下の空欄をご活用ください。

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は使用いたしません。

志望科	看護第1学科 歯科衛生科 放射線科 臨床検査科 鍼灸科
第2志望	志望しない 歯科衛生科 臨床検査科 鍼灸科
受験番号	※
フリガナ	
氏名	
生年月日	年 月 日生

写真貼付欄

1. 上半身・脱帽・正面向
2. 出願前3か月以内に撮影したものに撮影したもの
3. 全面はりつけること

(縦4cm×横3cm)

※欄は記入しないこと

- 該当項目を○で囲んでください。
- AO入試の方は記載や写真貼付の必要はありません。

〈切りはなさないこと〉

志望科	看護第1学科 歯科衛生科 放射線科 臨床検査科 鍼灸科
第2志望	志望しない 歯科衛生科 臨床検査科 鍼灸科
受験番号	※
フリガナ	
氏名	
試験当日は午前9時30分までに指定された試験会場に入室すること。(午前9時開場) 遅刻者は入室を認めません。	

注 意

- 該当項目を○で囲んでください。
- この受験票は試験当日必ず携帯し、机上におき試験係員に示すこと。
- この受験票を万一紛失したときは、ただちに受験学科に届け出て再交付を受けること。
- AO入試の方は記載の必要はありません。

契

〈切りはなさないこと〉

志望科	看護第1学科 歯科衛生科 放射線科 臨床検査科 鍼灸科
第2志望	志望しない 歯科衛生科 臨床検査科 鍼灸科
受験番号	※
のりしろ	

注 意 事 項

- 本校所定の「振込用紙」で金融機関の窓口から振込んでください。
- ATM・インターネットバンキングからの振込は認めません。
- 振込済みの本学所定の「入学検定料振込済通知書」(金融機関の受領印押印のあるもの)を貼付してください。

のりしろ

- 該当項目を○で囲んでください。

--	--

郵便号 -	郵便号 -	郵便号 -	郵便号 -
住所	住所	住所	住所
氏名	氏名	氏名	氏名
※ 受験番号	※ 受験番号	※ 受験番号	※ 受験番号
様	様	様	様

- 一、入学手続等の連絡に使用しますので、入学関係書類を確実に受け取ることができ
る住所・氏名を4か所すべてに記入し、**願書と共に送ってください。**
- 二、必ず〇〇団地〇号棟〇号室、〇〇荘〇号室、〇〇方等詳しく書いてください。
- 三、必ずボールペンで記入してください。
- 四、※印は当校で記入いたします。

(指定校推薦用)

(公募推薦用)

受験 番号	※
----------	---

推 薦 状

年 月 日

行岡医学技術専門学校
大阪行岡医療専門学校長柄校

学 校 長 殿

高等学校名

所 在 地

校 長 名

印

下記の者は、人物・学力ともに貴校（科）
への進学に適する者と認め推薦いたします。

記

志願者名

フリガナ
氏名

年 月 日生

現住所

電話 () -

(医療人推薦用)
(看護第1学科特別選考用)

受験 番号	※
----------	---

推 薦 状

年 月 日

行岡医学技術専門学校
大阪行岡医療専門学校長柄校

学 校 長 殿

施 設 名

所 在 地

推薦者氏名

印

職 名

下記の者は、人物・学力ともに貴校（科）
への進学に適する者と認め推薦いたします。

記

志願者名

フリガナ
氏名

年 月 日生

現住所

電話 () -

(看護第1学科自己推薦用)

医療施設就職希望理由書

受験番号	※
------	---

年 月 日

行岡医学技術専門学校

学 校 長 殿

フリガナ
志願者氏名

年 月 日生

現住所

電話 () -

希望医療施設名(1施設)

上記医療施設の就職を希望する理由