

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

保 護 者
または保証人

※本人が成人の場合でも必ず記入してください

A O (エントリーNo.)

一 般 ボランティア・クラブ・部活動推薦

指定校推薦 社会人

下記学科に 公募推薦 特別選考 入学を希望します

自己推薦 学内選抜

医療人推薦

(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)

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)

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)

本 人	フリガナ		年 令	性 別	
	氏 名		才	男・女	
	生年月日	年 月 日生			
	現住所	(〒)			
	連絡先	電話番号	-	-	
		携帯電話番号	-	-	
	学 歴	年 月	都・道・府 立 県・市・私	高等学校卒業(見込)	
職 歴 または 勤 務 先 名	年 月				
	年 月				
	年 月				
保 護 者 ま た は 保 証 人	フリガナ				
	氏 名				
	生年月日	年 月 日生			
	現住所	(〒)	電 話	() -	

<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。

2026年度 入学試験
受験票

写真票

II

学校法人 行岡保健衛生学園

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
- 上半身・脱帽・正面向
 - 出願前3か月以内に撮影したものに撮影したもの
 - 全面はりつけること
- (縦 4 cm × 横 3 cm)

※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。

契

2026年度 入学試験
受験票

III

学校法人 行岡保健衛生学園

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10分開場) 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

2026年度
振込受付証明書

IV

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。
- 振込済みの本校所定の「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。

--	--

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

- 一、入学手続等の連絡に使用しますので、**ご自身の住所・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、〇〇班〇号室、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。

(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

志願者氏名

フリガナ

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

※該当する□に✓印を記入してください。

<input type="checkbox"/>	指定校推薦用
<input type="checkbox"/>	公募推薦用
<input type="checkbox"/>	ボランティア・クラブ・部活動推薦用

受験番号	※
------	---

推薦状

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

学校長 殿

高等学校名

所在地

校長名

印

(※指定校推薦・公募推薦の場合)

ボランティア・クラブ・部活動の名称（上記「高等学校名」「所在地」に加え、以下「名称」「推薦者名^④」をご記入ください。）

[] 推薦者名

印

(※ボランティア・クラブ・部活動推薦の場合) 校長・進路指導担当・ボランティア担当・クラブ担当・部活動担当の先生等いずれかの推薦が必要です。

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 () -