

* 本校記入欄

受付日	年	月	日
本面談日	年	月	日
エントリーNo.			

写真
(4 cm × 3 cm)

最近3カ月以内に
撮影した上半身脱帽
の写真を貼付する。
(写真裏面に氏名を
記入のこと)

志望学科	介護福祉学科 ・ 医療事務学科		
氏名	ふりがな		性別 男 ・ 女
生年月日	昭和・平成	年	月 日生(歳)
現住所	〒 - 都道府県		
自宅電話番号	— —		
携帯電話番号	— —		
高校名	都道府県立 高等学校 科 3年生在学中 卒業 高等学校卒業程度認定試験 合格・合格見込み		
最終学歴 [高卒以上の場合]			

① 本校を志望する理由・動機について、具体的に述べてください。

② 入学後に取り組みたいことや、本校での学習・経験を将来どのように生かしたいと考えているのか、具体的に述べてください。

③課外(生徒会・部活やサークル・ボランティア)活動や、職務経歴などに基づく自己PRを記入してください。

This image shows a single page of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no text or other markings on the paper.

入 学 願 書

令和 年 月 日

※本校記入欄

学籍番号

福井県医療福祉専門学校 校長殿

本人



保護者等
又は保証人



※本人用印鑑と、保護者等又は保証人用印鑑は、異なった印鑑をご使用ください。

今般、貴校に入学を希望します。

写 真
(4cm×3cm)

最近3カ月以内に
撮影した上半身脱帽
の写真を貼付する。
(写真裏面に氏名を
記入のこと)

志望学科	介護福祉学科 ・ 医療事務学科
出願種別	総合型選抜(専願) ・ 学校推薦型選抜(専願) ・ 特別選抜 ・ 一般選抜

本人	氏 名	ふりがな		性別	男 ・ 女	
	生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日生(歳)				
	現 住 所	〒 - (- -)				
	[電 話 番 号]	(- -)				
	携帯電話番号	- -				
	学 歴 (高校より記入)	年 月	都 道 府 県 立 私	高等学校	科	卒業 卒業見込 合格・合格見込
		年 月				
		年 月				
		年 月				
	職 歴	年 月	勤 務 先 名	職 種	期 間	
自 至 年 年 月 月				年 月		
自 至 年 年 月 月				年 月		
自 至 年 年 月 月				年 月		

保護者等 又は保証人	氏 名	ふりがな		性別	男 ・ 女
	生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日生(歳)			
	現 住 所	〒 -			
	連 絡 先	(自宅) - -	携 帯	- -	
	勤 務 先	TEL		- -	

志望動機			
取得資格			
得意科目 分野			
趣味 特技		健康状態	

※総合型選抜を受験された場合は、入学検定料の払込は必要ありません。

以下は記入しないでください。

添付 書類	推薦書		検定料		調査書		卒業証明書 就業証明書	
受付日：								
合 ・ 否								



福井県医療福祉専門学校
Fukui Medical Welfare College

推薦書

令和 年 月 日

福井県医療福祉専門学校
校長 栗原美幸 殿

学校所在地

学 校 名

校 長 名

印

下記の生徒を適格者と認めますので
学校推薦型選抜 にて
入学許可願いたく推薦致します。

記

氏 名

令和 年 月 科【卒業・卒業見込】

郵便はがき

① 9100804

③

住所

②

福井市高木中央

3丁目2018

氏名

福祉花子

様

 福井県医療福祉専門学校

〒910-0804 福井市高木中央3丁目2018
TEL 0776-52-5530 FAX 0776-52-5531

- 住所

氏名

様

 福井県医療福祉専門学校

〒910-0804 福井市高木中央3丁目2018
TEL 0776-52-5530 FAX 0776-52-5531

入学願書受付通知（おもて）記入例

③	郵便はがき
	① 9 1 0 0 8 0 4
②	住所
	福井市高木中央
	3丁目2018
氏名	福祉花子 様
	福井県医療福祉専門学校
〒910-0804 福井市高木中央3丁目2018 TEL 0776-52-5530 FAX 0776-52-5531	

- ① 郵便番号
- ② 住所、氏名を確実に記入してください。
- ③ 85円切手を貼付してください。

※入学願書受付通知を記入例通り記入し、破線に沿って切り取り、定型はがき（85円郵便はがき）又は85円切手を貼った同様のもの）にはがれないように、それぞれしっかりと貼付してください。

※表面には志願者の「郵便番号」「住所」「氏名」を必ず書いてください。

※裏面は何も記入する必要はありません。

はがき表面に貼付

はがき裏面に貼付

住所
氏名
様
福井県医療福祉専門学校
〒910-0804 福井市高木中央3丁目2018 TEL 0776-52-5530 FAX 0776-52-5531

受験票通知書

受験番号

入学志願者各位

福井県医療福祉専門学校

あなたが提出した入学願書を受付けました。
出願後のお問い合わせは、上記受験番号にて
お願いいたします。

試験日程 年 月 日（ ）
（午前・午後） 時 分より

- ※注意（1）当日は本通知を持参すること。
- （2）試験開始10分前までに受付を済ませること。
- （3）筆記用具を持参のこと。

通信欄

A4用紙に印刷し、破線に沿って切り取り、角2封筒に貼付して使用してください。

お手数ですが
切手をお貼り
ください。

9100804

福井市高木中央3丁目2018



福井県医療福祉専門学校
Fukui Medical Welfare College

入学願書受付 係

簡易書留

ご住所	
お名前	