

* 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 私 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。

A large rectangular area with horizontal dashed lines for writing.

入学願書

令和 年 月 日

福井県医療福祉専門学校 校長殿

※本校記入欄

学籍番号

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 年 月 至 年 月 | | | 年 カ月 |
| 自 年 月 至 年 月 | | | | 年 カ月 | |
| | 自 年 月 至 年 月 | | | 年 カ月 | |

| | | | | |
|---------------|------|------------------|-----|-----|
| 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 |

推薦書

令和 年 月 日

福井県医療福祉専門学校
校長 大間 秀之 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】

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。

9 1 0 0 8 0 4

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 | |