

令和 8 年度 国際医療福祉専門学校一関校

# 入 学 願 書

受 付

受験番号			
試験日 及び 試験会場	受験日 令和 年 月 日	志望学科 ○で囲む	救急救命学科 理学療法学科
	受験会場 一関校 その他 [ 市 ]	試験区分 ○で囲む	
フリガナ			性別
氏 名			男・女
生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (満 歳)		
現 住 所	〒 ( - )		
連 絡 先	自宅電話 ( - - )		本人携帯電話 ( - - )
	メールアドレス @		
最終学歴	出身 高等学校	都道 (立・公立・立・私立) 高等学校	府県
		全日制 定時制 通信・単位制 ( 科 コース)	
	昭和 平成 令和 年 月 日 卒業 卒業見込み		
大学等 学 歴	大学・短大 専門学校		学部 科
	平成・令和 年 月 日 卒業・中退・卒業見込み		
	高卒認定 (旧大検) 年 月 合格		
職 歴	(名称)	(職種)	(勤続年数) 年
学費 サポート 制度	※学費サポート制度を希望する方は☑を入れてください		
	<input type="checkbox"/> 試験特待生制度	<input type="checkbox"/> 資格優遇制度	<input type="text" value="資格コード"/> (資格証・合格証の写しを添付)
	<input type="checkbox"/> 親族優遇制度 (裏面も記入)	<input type="checkbox"/> 被災者学費優遇制度 (罹災・被災証明書の写しを添付)	
併願申請	併願校名	学部・学科	合格発表日
			令和 年 月 日
			令和 年 月 日
入寮希望	入寮を希望する ※入寮希望者のみ○で囲む		
保護者 (生計維持者) または 保証人氏名 及び連絡先 ※自署	フリガナ	続柄	職 業
	氏 名		
	〒 ( - )		
	自宅電話 ( - - )	携帯電話 ( - - )	
	メールアドレス @		

記入上の注意

(1) 本表の中のみ記入または該当部分を○で囲むこと。  
(2) 該当する項目は、志願者本人が楷書で明確に記入してください。(ボールペン等使用のこと。※消せるボールペンは不可)

保有資格	
志願理由	
趣味	

親族優遇制度	フリガナ		性別	出願者との続柄	生年月日
	卒業生 / 在校生 氏名			兄 弟	平成・令和
	電話番号	( ) -		姉 妹	年 月 日生
	学科	救急救命学科 理学療法学科	平成 令和	年 月	卒業・在学中・入学予定

送迎希望(本校で受験する方のみ) ○で囲む	希望する	希望しない
--------------------------	------	-------

振込通知書(添付用) 貼付位置

振込通知書 (添付用)					
令和	年	月	日	金額	円
				¥ 20000	0
振込銀行	岩手銀行 千厩支店				
受取人	学校法人 阿弥陀寺教育学園				
受験者名	貼付見本				
振込者名	貼付見本				
住所	貼付見本				
受験料	貼付見本				
上記の通りお振込みいたしましたから ご通知申し上げます。					
(取扱店名) _____ (取扱店→振込人)					