

(別紙1) 令和7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	
氏名 生年月日	カガナ		性別
	昭和・平成 年 月 日生 (満 歳)		男・女
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	都道府県 (立・公立・立・私立)	高等学校
	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		
勤務経験	(名称)	(職種)	(勤続年数) 年
資格・趣味			
志願理由			
生計維持者 または 保証人氏名 及び住所	カガナ	続柄	職業
	〒 ( - )		
	自宅電話 ( - - )	携帯電話 ( - - )	

写真貼付  
(縦4cm×横3cm)  
上半身正面向き  
3ヶ月以内に撮影  
裏に氏名記入

注1) 太枠の中のみを記入または該当部分を○で囲むこと。(勤務経験については、アルバイト・パートについては記入不要。)  
注2) 受験者本人及び生計維持者または保証人が自書して下さい。万年筆またはボールペンを使用すること。

※一関校で受験する方のみ  
送迎を 希望する 希望しない

振込通知書（添付用）貼付位置

