様式1-②

入学願書(理学療法学科)

平成　　年　　月　　日提出

(1)記入しないでください。

受験番号	受付日付

志望学科(一般入試のみ併願可)	第一志望	第二志望
	理学療法学科	学科

(2)該当するものに○印をつけてください。

入試日程	1期	2期	3期	高校推薦	前期A日程	前期B日程	前期C日程	後期A日程	後期B日程	後期C日程
				※					※	

※印の入試区分のみ記載
希望入試会場に○印をつけてください。

入試会場	本校	大分会場	広島会場

入試区分	
	AO入試　・　一般入試　・　高校推薦入試　・　特待生選抜入試 専願社会人入試　・　非専願社会人入試　・　社会人特待生選抜入試

(3)記入注意事項に従い、必要個所はもれなく記入してください。

フリガナ		※	生年月日	(西暦)　年　月　日生 満　才
氏名		男・女		
フリガナ				
現住所	〒　－ TEL(自　宅): TEL(緊急用):			

写真貼付
1.上半身、正面向、脱帽
2.最近3ヶ月以内に撮影したもの
3.裏面に氏名を記入
4.全面に貼り付けること
5.縦4cm×横3cm
6.カラー

現住所区分(○で囲んでください)	自　宅　・　その他(　　)
郵送先(合格通知)	(現住所と同じ場合は記入不要) 〒 TEL(　　)　－

学歴	立	高等学校 学校	全日制 定時制 通信制	科	昭和 平成　年　月	卒業・卒業見込 中退
	大学 短期大学 専門学校	学部		科	昭和 平成　年　月	卒業・卒業見込 (　)年在学中・中退
	大学 短期大学 専門学校	学部		科	昭和 平成　年　月	卒業・卒業見込 (　)年在学中・中退

職歴	社名	職種	入社	退社
			年　月入社	年　月退社
			年　月入社	年　月退社
			年　月入社	年　月退社

高等学校卒業程度認定試験取得年月日 (大学入学資格検定取得年月日)	昭和・平成　年　月　日	証書番号	

保護者(保証人)				
	フリガナ		続柄	
	氏名			
	住所	〒 TEL(　　)　－		

学校法人 福岡保健学院
下関看護リハビリテーション学校

学校長　殿

平成　　年　　月　　日

出願者氏名(自署)

貴校入学志願につき出願いたします。
なお、入学許可のうえは、手続および連絡事項など
怠りなく行い、校則は遵守いたします。

㊞

記入注意　1.鉛筆以外の黒の筆記用具で記入してください。2.大学・短期大学出身者も出身高校名を記入してください。

自己紹介

資格	
昭和・平成　年　月　日	
昭和・平成　年　月　日	
昭和・平成　年　月　日	

学校での特別活動の状況 (クラブ活動その他)	
好きな学科・好きな運動	
趣味・特技など	

本校を志望した動機