

# 社会人推薦入学試験志願票（社会人用）

記入日 令和 年 月 日

|      |
|------|
| 受験番号 |
|      |

|      |
|------|
| 志望学科 |
| 学 科  |

**写真貼付箇**

- 縦4cm×横3cm
- 最近3ヶ月以内に撮影したもの。
- 正面、上半身、無帽のもの。
- 写真裏面に第1志望学科、氏名を記入し、全面のりつけて貼付してください。

|                       |   |                    |           |    |
|-----------------------|---|--------------------|-----------|----|
| 志<br>願<br>者<br>本<br>人 | フリガナ  |                    |           | 性別 |
|                       | 氏名  |                    |           |    |
|                       | 生年月日  | 昭和・平成 年 月 日生 ( ) 歳 |           |    |
|                       | フリガナ  |                    |           |    |
|                       | 現住所   | 〒 -                |           |    |
|                       | 寮・下宿などの場合は<br>保護者住所で記載  |                    |           |    |
|                       |   | 連絡先電話番号 ( ) -      |           |    |
|                       | 出身高等学校  | 県立・私立 高等学校         |           | 科  |
|                       |   | 卒業年月日              | 令和 年 月 卒業 |    |
|                       | 上記高等学校以外<br>の最終学歴<br>(学部学科まで記入)   | [学校名]              |           |    |
|                       | 卒業年月日   | 昭和・平成・令和 年 月 卒業    |           |    |
| 社会実務経験<br>(職歴)        | 期 間   | 勤 務 先              |           |    |
|                       | 年 月～ 年 月  |                    |           |    |
|                       | 年 月～ 年 月  |                    |           |    |
|                       | 年 月～ 年 月  |                    |           |    |
| 試験会場                  | 本校会場, 鹿屋会場, 種子島会場, 奄美会場,<br>徳之島会場 大口・人吉会場, 八代会場, 長崎会場,<br>宮崎会場, 沖縄会場<br>いずれかを右記に入力してください。 |                    |           | 会場 |

# 入 学 確 約 書

神村学園専修学校長 殿

私は、社会人推薦入学試験に合格した場合、必ず貴校に入学することを誓います。

年 月 日

志望学科に○を入力してください。

|                          |        |                          |        |                          |      |                          |       |
|--------------------------|--------|--------------------------|--------|--------------------------|------|--------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> | 理学療法学科 | <input type="checkbox"/> | 作業療法学科 | <input type="checkbox"/> | 看護学科 | <input type="checkbox"/> | こども学科 |
|--------------------------|--------|--------------------------|--------|--------------------------|------|--------------------------|-------|

|      |   |    |        |    |
|------|---|----|--------|----|
| フリガナ |   | 生年 |        | 性別 |
| 氏 名  | 印 | 月日 | 年 月 日生 |    |

|       |   |
|-------|---|
| フリガナ  |   |
| 保護者氏名 | 印 |

推 薦 人

上記の者を推薦します。

2020年 月 日

|     |     |
|-----|-----|
| 間 柄 |     |
| 氏 名 | 印   |
| 住 所 | 〒 - |

郵便振替払込受付証明書又は、  
オープンキャンパス参加確認証

| 本校検定料      | 豊岡短期大学通信教育部こども学科<br>検定料 |
|------------|-------------------------|
| 全面のり付けして貼付 | 全面のり付けして貼付              |