

# 入学願書【鍼灸学科】

2020 年度生 金沢医療技術専門学校

黒ボールペンで、太線枠内全てに楷書で丁寧に記入してください。  
 該当する□をチェック✓のうえ、必要事項を記入してください。  
 (ただし、※2,3,4は該当箇所のみ記入)  
 \*印欄は記入しないでください。

受験番号
* S

受験会場	<input type="checkbox"/> 本校
	<input type="checkbox"/> 札幌

Wライセンス希望の方
<input type="checkbox"/> 歯科衛生学科

Wライセンス取得のために、2学科を同時受講される方は上記の□にチェック✓を入れて下さい。

昼夜の別	<input type="checkbox"/> 昼間部
	<input type="checkbox"/> 夜間部

Wライセンス取得の方は、夜間部となります。

ふりがな				性別
氏名				男・女
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日生	( 歳)	
ふりがな				
現住所 (書類送付先)	〒			
	TEL ( ) -			
ふりがな				本人との続柄
保護者氏名 <sup>※1</sup>				
ふりがな				
連絡先 (上記と同じ場合不要)	〒			
	TEL ( ) -			
出身高校 <sup>※2</sup>	都道府県	<input type="checkbox"/> 国立 <input type="checkbox"/> 公立 <input type="checkbox"/> 私立	<input type="checkbox"/> 全日制 <input type="checkbox"/> 定時制 <input type="checkbox"/> 通信制	
	高等学校 科			
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成		年 月	<input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 卒業
大検または高卒認定 <sup>※3</sup>	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	合格	
最終学歴				<input type="checkbox"/> 大学 <input type="checkbox"/> 短期大学 <input type="checkbox"/> 専門学校
職歴 <sup>※4</sup> (短期アルバイトは除く)	年 月 ~ 年 月			
	年 月 ~ 年 月			
	年 月 ~ 年 月			
電話番号 (緊急時)	日中必ず連絡のとれる携帯電話(続柄)等、複数記入可			

受験区分	<input type="checkbox"/> 公募推薦	
	<input type="checkbox"/> AO	
	<input type="checkbox"/> 一般	<input type="checkbox"/> I 期 <input type="checkbox"/> II 期 <input type="checkbox"/> III 期
	<input type="checkbox"/> 社会人	<input type="checkbox"/> 前期 <input type="checkbox"/> I 期 <input type="checkbox"/> II 期

写真貼付欄
3ヶ月以内に撮影のもの 上半身・正面・脱帽 (4.5cm × 4cm)
裏面に記名のこと

※1: 父母またはそれに代わる者(原則として4親等以内の親族)を必ず記入してください。

受験票

学科	鍼灸	
受験番号	* S	
志願者氏名		
受験区分	<input type="checkbox"/> 公募推薦 <input type="checkbox"/> AO入試	
	<input type="checkbox"/> 一般	<input type="checkbox"/> I 期 <input type="checkbox"/> II 期 <input type="checkbox"/> III 期
	<input type="checkbox"/> 社会人	<input type="checkbox"/> 前期 <input type="checkbox"/> I 期 <input type="checkbox"/> II 期
Wライセンス	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
昼夜の別*	<input type="checkbox"/> 昼間部	<input type="checkbox"/> 夜間部
受験会場	<input type="checkbox"/> 本校	<input type="checkbox"/> 札幌
入学試験日	月	日 ( )

黒ボールペンで、太線枠内全てに楷書で丁寧に記入してください。

※Wライセンス取得の方は、夜間部となります。

写真貼付欄

3ヶ月以内に撮影のもの  
上半身・正面・脱帽  
(4.5cm × 4cm)

裏面に記名のこと

振込通知書

年 月 日		
金額 ￥30,000 円		
先方銀行 北陸信用金庫 本店営業部		
受取人	預金種目	口座番号 0255046
	普通	
ガッコウホウジンホウジョウガクエン 学校法人 豊穰学園 リジチョウ タナカ ケンジ 理事長 田中 健二		
ご依頼人(生徒名)	様	
収納印		

①取扱店→ご依頼人→学校保存

領収書

年 月 日		
金額 ￥30,000 円		
先方銀行 北陸信用金庫 本店営業部		
受取人	預金種目	口座番号 0255046
	普通	
ガッコウホウジンホウジョウガクエン 学校法人 豊穰学園 リジチョウ タナカ ケンジ 理事長 田中 健二		
ご依頼人(生徒名)	様	
手数料 円	収納印	

この領収書は、大切に保管してください。

②取扱店→ご依頼人保存

振込依頼書

科目			
依頼日	年 月 日	電信扱	手数料 円
先方銀行	北陸信用金庫 本店営業部 (普通) No. 0255046	金額	￥30,000 円
受取人	ガッコウホウジン ホウジョウガクエン 学校法人 豊穰学園 リジチョウ タナカ ケンジ 理事長 田中 健二		
ご依頼人(生徒名)	(フリガナ) (おなまえ)		
	(おところ)		
電話( )	-		
【手数料振込人負担】		収納印又は振替印	

(取扱店へお願い)  
①②票に収納印を押印のうえ、③票を取扱店にて切り取り、その他はご依頼人にお渡しください。

③取扱店保存

受験番号	*
------	---

# 推 薦 書

金沢医療技術専門学校長 殿

下記のものを、貴校の入学適格者と認め推薦いたします。

氏 名

---

推薦理由
------

年 月 日

所在地

学校名

校長名

印

\*欄は記入しないこと