

様式 1

学校法人 仁寿会
上越保健医療福祉専門学校

入 学 願 書

受 験 学 科	<input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉科
受 験 種 別	<input type="checkbox"/> A O <input type="checkbox"/> 高等学校指定校推薦
	<input type="checkbox"/> 高等学校一般推薦 <input type="checkbox"/> 社会人自己推薦
	<input type="checkbox"/> 一 般
面 接 形 式	<input type="checkbox"/> ZOOM <input type="checkbox"/> 対 面

※志願者は、受験種別、面接形式について該当するものに✓を付けてください

※志願者は太枠線内を記入のこと

受 験 者	フリガナ	年 月 日生	写 真 貼 付 縦 4 cm×横 3 cm
	氏 名		
	フリガナ	3ヶ月以内に撮影した もの	
	住 所 〒□□□□-□□□□ ※部屋番号のある方は最後までお書きください		
TEL	-	-	
出 身 高 校	県・市・私立	高等学校	
	全日・定時・通信	科	
	年 月卒業・卒業見込み		
最 終 学 歴	担任氏名 <small>(卒業見込者のみ)</small>	TEL	- -
	高等学校卒業程度認定試験 その他		
緊急連絡先	TEL	- -	(氏名)
受 付 確 認 欄	<input type="checkbox"/> 調 査 書 <input type="checkbox"/> 自己推薦書 <small>(社会人自己推薦者のみ)</small>	受 領 印	
	<input type="checkbox"/> 推 薦 書 <small>(高等学校推薦者のみ)</small> <input type="checkbox"/> 写真2ヶ所		
	<input type="checkbox"/> 志望理由書 <small>(高等学校推薦者のみ)</small> <input type="checkbox"/> 返信用封筒		
	<input type="checkbox"/> 作 文 <input type="checkbox"/> 最終学歴の卒業証明書 <small>(社会人自己推薦者のみ)</small>		
受験番号		受付年月 年 月 日	
受付担当者			

学校法人 仁寿会
上越保健医療福祉専門学校

受 験 票

受 験 番 号	
受 験 学 科	<input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉科
受 験 種 別	<input type="checkbox"/> 高等学校指定校推薦
	<input type="checkbox"/> 高等学校一般推薦
	<input type="checkbox"/> 社会人自己推薦
	<input type="checkbox"/> 一 般
面 接 形 式	<input type="checkbox"/> ZOOM <input type="checkbox"/> 対面

※太枠線内は、該当するものに✓を付けてください

フリガナ
氏 名
生年月日 年 月 日生

受 験 日	年 月 日
受付時間	9:00 ~ 9:15
注 この受験票は、入学試験当日持参してください。	

きりとり

AOエントリーシート

空欄に必要事項を記入し、□欄は当てはまるものに☑をつけてください。

ふりがな			顔写真を貼付 ・ 3か月以内に撮影されたもの ・ 縦4cm×横3cm ・ 裏面に名前を記入
氏名			
生年月日	年	月	
自宅住所	〒		
	(自宅電話番号)		
	(携帯電話番号)		
最終学歴	都道府県名・学校名・学科名		
	□令和 年 月卒業見込 / □		年3月卒業
面接形式	□ ZOOM □ 対 面		

事務局使用欄 (何も記入しないでください)

受付番号		受付日	
初回面接日時		次回面接日時	
出願許可	許可・不許可	備考	

以下の①②について、それぞれ記入してください

黒のボールペン等で記入してください (鉛筆は使用しないでください)。

① 志望理由及び上越保健医療福祉専門学校に魅力を感じている点

.....

.....

.....

.....

.....

② 自己アピールして下さい。自分の趣味や性格又は心掛けている事など何でも結構です。

.....

.....

.....

.....

.....

推薦書（高等学校推薦用）

年 月 日

学校法人 仁寿会

上越保健医療福祉専門学校

学 校 長 様

学校所在地
高等学校名
校 長 名
担 任 名

下記の生徒は、貴校への進学に適するものと認め推薦いたします。

推 薦 種 別 ○を付けてください。	指定校推薦	一般推薦
フリガナ		年 月 日生
生徒氏名		
課程・学科	全日制・定時制・通信制	科
卒業年月日	年 月 日 卒業見込	
出願学科	介護福祉科	

推 薦 理 由	
---------	--

受 付 番 号	
---------	--

様式 4

自己推薦書（社会人自己推薦用）

年 月 日

学校法人 仁寿会

上越保健医療福祉専門学校

学 校 長 様

氏 名

私は、下記の志望理由により貴学を専願し、入学を希望します。

志
望
理
由

受 付 番 号

志望理由書（高等学校推薦用）

年 月 日

学校法人 仁寿会

上越保健医療福祉専門学校

学 校 長 様

高等学校名			
学科名・学年		科	年
氏		名	

私は、下記の志望理由により貴学を専願し、入学を希望します。

受験種別	指定校推薦	一般推薦
------	-------	------

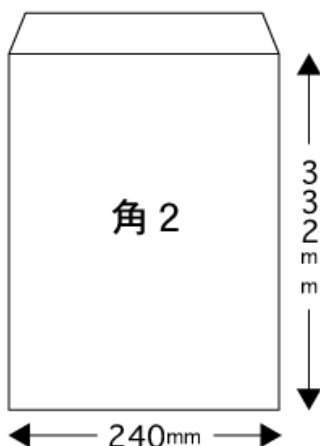
※○を付けてください。

志望理由	
------	--

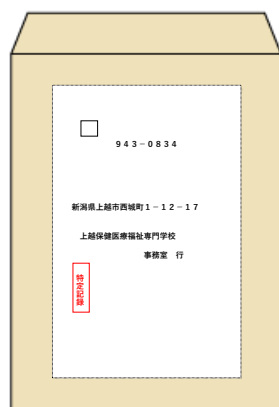
受付番号	
------	--

【出願書類の発送手順】

市販の角2封筒
をご用意ください
(A4が折らず
に入るサイズ)



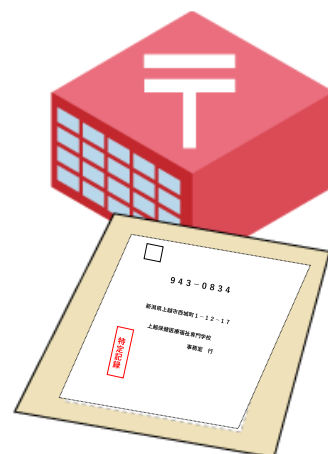
次ページの宛名ラベル
(A4サイズ)を出力し、
宛名面に貼付してくだ
さい。



出願書類を市販
の封筒に入れます。



郵便局の窓口から
特定記録郵便で切
手を貼付の上郵送
してください。



■ 郵便料金: 郵便代金120円(50g以内)に特定記録郵便代金160円を
加えて、合計280円になります。

切手を貼付
してください

9 4 3 - 0 8 3 4

新潟県上越市西城町 1 - 1 2 - 1 7

上越保健医療福祉専門学校

事務室 行

特定記録

差出人	
住所	〒
氏名	