

平成31年度

平成 年 月 日

エントリー番号
※

ハーベスト医療福祉専門学校
AO入試エントリーシート

※記入しないで下さい

志望学科 (○で囲む)	理学療法学科 (昼間部)	理学療法学科 (夜間部)	介護福祉学科	リミック保育学科	医薬健康学科
※特別講座 受講希望					

写真全面貼付

- 3ヶ月以内に撮影
- 無背景・無帽
上半身正面
- タテ4cm ヨコ3cmの
大きさに写真を切って
全面貼ること
- 写真の裏に氏名・志望
学科を記入すること

※理学療法学科(昼間部)を志望し、現時点でスポーツトレーナー
特別講座の受講希望者は、○を記入してください。

フリガナ		性別	生 年 月 日	年 齢
氏 名		男 ・ 女	昭和 平成 年 月 日生	歳
フリガナ			自 宅 ()	
現 住 所 (連絡先)	〒 -		電 話	-
			携 帯 ()	-
メールアドレス	@			
学 歴 (大学・短期大学・ 専門学校在学中 の方も必ずご記 入ください。)	昭和 平成 年 月 ()	高等	学校	卒業・卒業見込
	昭和 平成 年 月 ()	大 学	短期大学	卒業・卒業見込
	昭和 平成 年 月 ()	専 門	専門学校	
	昭和 平成 年 月	高等	学校卒業認定試験	合格・合格見込
職 歴	勤 務 期 間 自 年 月 ~ 至 年 月			
	最終勤務先			

【重要】高校3年生の方は、保護者の方の署名が必要です。(社会人の方は不要)

■上記の者が、AOエントリーすることを承認します。

フリガナ	
保護者氏名	

面 談 希 望 日	6月16日(土)	7月 7日(土)	7月21日(土)
	8月18日(土)	9月15日(土)	10月27日(土)
	11月17日(土)	※希望日に○をしてください	

※学校使用欄

			(裏面も必ず記入 してください。)
--	--	--	------------------------

