

\* 本校記入欄

|          |       |
|----------|-------|
| 受付日      | 年 月 日 |
| 本面談日     | 年 月 日 |
| エントリーNo. |       |

写 真  
(4 cm × 3 cm)

最近3カ月以内に  
撮影した上半身脱帽  
の写真を貼付する。  
(写真裏面に氏名を  
記入のこと)

|                   |   |       |           |
|-------------------|---|-------|-----------|
| 志望学科              | 介護福祉学科 <small>※学科名称変更構想中</small> ・ 医療事務学科                 |       |           |
| 氏名                | ふりがな  |       | 性別<br>男・女 |
|                   |   |       |           |
| 生年月日              | 昭和・平成   | 年 月 日 | 日生( 歳)    |
| 現住所               | 〒 - 都道府県  |       |           |
| 自宅電話番号            | — —   |       |           |
| 携帯電話番号            | — —   |       |           |
| 高校名               | 都道府県立 高等学校 3年生在学中<br>私 立 高等学校 卒業<br>高等学校卒業程度認定試験 合格・合格見込み |       |           |
| 最終学歴<br>[高卒以上の場合] |   |       |           |

① 本校を志望する理由・動機について、具体的に述べてください。

-----

-----

-----

-----

-----

② 入学後に取り組みたいことや、本校での学習・経験を将来どのように生かしたいと考えているのか、具体的に述べてください。

-----

-----

-----

-----

-----



# 入学願書

令和 年 月 日

福井県医療福祉専門学校 校長殿

※本校記入欄

学籍番号

本人



保護者等  
又は保証人



※本人用印鑑と、保護者等又は保証人用印鑑は、異なった印鑑をご使用ください。

今般、貴校に入学を希望します。

写真  
(4cm×3cm)

最近3カ月以内に  
撮影した上半身脱帽  
の写真を貼付する。  
(写真裏面に氏名を  
記入のこと)

|      |                                       |        |
|------|---------------------------------------|--------|
| 志望学科 | 介護福祉学科 ※学科名称変更構想中                     | 医療事務学科 |
| 出願種別 | 総合型選抜(専願) ・ 学校推薦型選抜(専願) ・ 特別選抜 ・ 一般選抜 |        |

|        |                |                  |                      |           |            |
|--------|----------------|------------------|----------------------|-----------|------------|
| 本人     | 氏名             | ふりがな             | 性別                   | 男・女       |            |
|        | 生年月日           | 昭和・平成 年 月 日生( 歳) |                      |           |            |
|        | 現住所<br>[電話番号]  | 〒 - ( - - )      |                      |           |            |
|        | 携帯電話番号         | - -              |                      |           |            |
|        | 学歴<br>(高校より記入) | 年 月              | 都道<br>府県立<br>私       | 高等学校<br>科 | 卒業<br>卒業見込 |
|        |                | 年 月              | 高等学校卒業程度認定試験 合格・合格見込 |           |            |
|        |                | 年 月              |                      |           |            |
|        |                | 年 月              |                      |           |            |
|        | 職歴             | 年 月              | 勤務先名                 | 職種        | 期間         |
|        |                | 自<br>至           | 年 年 月 月              |           | 年 月 月      |
| 自<br>至 |                | 年 年 月 月          |                      | 年 月 月     |            |
| 自<br>至 |                | 年 年 月 月          |                      | 年 月 月     |            |

|               |      |                  |    |     |
|---------------|------|------------------|----|-----|
| 保護者等<br>又は保証人 | 氏名   | ふりがな             | 性別 | 男・女 |
|               | 生年月日 | 昭和・平成 年 月 日生( 歳) |    |     |
|               | 現住所  | 〒 -              |    |     |
|               | 連絡先  | (自宅) - -         | 携帯 | - - |
|               | 勤務先  | TEL - -          |    |     |

|            |  |      |  |
|------------|--|------|--|
| 志望動機       |  |      |  |
|            |  |      |  |
|            |  |      |  |
|            |  |      |  |
|            |  |      |  |
|            |  |      |  |
|            |  |      |  |
|            |  |      |  |
|            |  |      |  |
|            |  |      |  |
|            |  |      |  |
|            |  |      |  |
| 取得資格       |  |      |  |
| 得意科目<br>分野 |  |      |  |
| 趣味<br>特技   |  | 健康状態 |  |

※総合型選抜を受験された場合は、入学検定料の払込は必要ありません。

以下は記入しないでください。

|      |     |  |     |  |     |  |                |
|------|-----|--|-----|--|-----|--|----------------|
| 添付書類 | 推薦書 |  | 検定料 |  | 調査書 |  | 卒業証明書<br>就業証明書 |
|------|-----|--|-----|--|-----|--|----------------|

|       |
|-------|
| 受付日：  |
| 合 ・ 否 |

# 推薦書

令和 年 月 日

福井県医療福祉専門学校  
校長 栗原美幸 殿

学校所在地

学 校 名

校 長 名

印

下記の生徒を適格者と認めますので  
学校推薦型選抜 にて  
入学許可願いたく推薦致します。

記

氏 名

令和 年 月 科【卒業・卒業見込】

郵便はがき

① 9 1 0 0 8 0 4

② 住所 福井市高木中央  
3丁目2018

氏名 福祉花子 様

福井県医療福祉専門学校  
〒910-0804 福井市高木中央3丁目2018  
TEL 0776-52-5530 FAX 0776-52-5531

- ① 郵便番号
- ② 住所、氏名を確実に記入してください。
- ③ 63円切手を貼付してください。

※エントリーシート受付通知を記入例通り記入し、破線に沿って切り取り、定型はがき（63円郵便はがき）又は63円切手を貼った同様のものにはがれないように、それぞれしっかりと貼付してください。

※表面には志願者の「郵便番号」「住所」「氏名」を必ず書いてください。

※裏面は何も記入する必要はありません。

はがき表面に貼付

住所

氏名

様

福井県医療福祉専門学校  
〒910-0804 福井市高木中央3丁目2018  
TEL 0776-52-5530 FAX 0776-52-5531

はがき裏面に貼付

### エントリーシート受付通知書

受験番号

入学志願者各位

福井県医療福祉専門学校

あなたが提出したエントリーシートを受付けました。  
エントリー後のお問い合わせは、上記受験番号にてお願いいたします。

面談日程 年 月 日 ( )  
 (午前・午後) 時 分より

※注意 (1) 当日は本通知を持参すること。  
(2) 面談開始10分前までに受付を済ませること。

通信欄

入学願書受付通知（おもて）記入例

郵便はがき

③ 


① 9 1 0 0 8 0 4

住所

② 福井市高木中央  
3丁目2018

氏名

福祉花子 様

 福井県医療福祉専門学校  
〒910-0804 福井市高木中央3丁目2018  
TEL 0776-52-5530 FAX 0776-52-5531

- ① 郵便番号
- ② 住所、氏名を確実に記入してください。
- ③ 63円切手を貼付してください。

※入学願書受付通知を記入例通り記入し、破線に沿って切り取り、定型はがき（63円郵便はがき）又は63円切手を貼った同様のものにはがれないように、それぞれしっかりと貼付してください。

※表面には志願者の「郵便番号」「住所」「氏名」を必ず書いてください。

※裏面は何も記入する必要はありません。

はがき表面に貼付


住所

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

氏名

\_\_\_\_\_ 様


 福井県医療福祉専門学校  
〒910-0804 福井市高木中央3丁目2018  
TEL 0776-52-5530 FAX 0776-52-5531

はがき裏面に貼付

受験票通知書

受験番号

入学志願者各位

 福井県医療福祉専門学校

あなたが提出した入学願書を受付けました。  
出願後のお問い合わせは、上記受験番号にてお願いいたします。

試験日程 年 月 日 ( )  
 (午前・午後) 時 分より

※注意 (1) 当日は本通知を持参すること。  
(2) 試験開始10分前までに受付を済ませること。  
(3) 筆記用具を持参のこと。

通信欄

.....  
.....

A4用紙に印刷し、破線に沿って切り取り、角2封筒に貼付して使用してください。

お手数ですが  
切手をお貼り  
ください。

9 1 0 0 8 0 4

福井市高木中央3丁目2018



福井県医療福祉専門学校  
Fukui Medical Welfare College

入学願書受付 係

簡易書留

|     |  |
|-----|--|
| ご住所 |  |
| お名前 |  |