

2020年度生

国際メディカル専門学校 AO入試エントリーシート

受付 年月日	
受付 番号	

(西暦)	年	月	日
------	---	---	---

志望学科	<input type="checkbox"/> 臨床工学技士科 <input type="checkbox"/> 鍼灸学科(昼間部) <input type="checkbox"/> 診療情報管理士学科	<input type="checkbox"/> 看護学科 <input type="checkbox"/> 鍼灸学科(夜間部) <input type="checkbox"/> 医療事務総合学科	カラー写真 正面・無背景・脱帽 の上半身像で最近 3ヶ月以内に撮影 のもの 横2.5cm×縦3cm のり付けしてください。 写真の裏には、氏名を 記入のこと。
フリガナ			
氏名			男 ・ 女
生年月日	(西暦) 年 月 日生 (満 歳)		
現住所	〒(-) 自宅電話 - - <input type="checkbox"/> 自宅電話なし 本人携帯電話 - -		
学歴	立 高等学校 科 中等教育学校		
	(西暦) 年 月 卒業見込 ・ 卒業 ・ 中退	担任氏名	先生
職歴	社名・法人名等	職種	年 月入社・ 年 月退職・現在
	社名・法人名等	職種	年 月入社・ 年 月退職・現在
	社名・法人名等	職種	年 月入社・ 年 月退職・現在
	社名・法人名等	職種	年 月入社・ 年 月退職・現在
得意な科目			
取得資格 ・ 検 定			
部活動 ・ 委員会 活動歴			

【備考欄】

太枠内のみ記入。裏面も記入して下さい。

氏名

本校への志望動機を記入してください。

あなたの自己PRを記入してください。