

## 願書受付（推薦入学試験）

受付期間	2023年10月10日(月)～2023年10月17日(火) 16時30分 <u>必着</u>
受付時間	平日 9時30分～16時30分
	土曜日 9時30分～12時30分（第1・第3土曜日は除く）
提出先	〒157-0065 東京都世田谷区上祖師谷5丁目23番1号 至誠会看護専門学校 事務室 TEL 03-6279-6601
入学検定料	15,000円（納入した検定料は返還しない）

## 選考方法（推薦入学試験）

試験日時	2023年10月26日(木)	
試験会場	至誠会看護専門学校1号館（地図参照）	
試験科目	書類審査及び面接	
日程	時 間	内 容
	9時30分～	受付開始
	10時00分～10時05分（05分）	オリエンテーション
	10時10分～	面接
合格発表	2023年10月30日(月)	校納金の締切 11月6日(月)
	推薦機関および合格者へ通知する。地域によっては、配達日が多少前後するので、予めご了承ください。	
推薦入学の留意事項	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 推薦入学試験受験者は、他校との併願はできない。</li> <li>2. 不合格となった者は、本校の一般入学試験を受験することができる。</li> <li>3. 入学許可後であっても、出願書類の記載内容が事実と著しく相違することが判明した場合は、入学許可を取り消すことがある。</li> </ol>	

※ 受験票・筆記用具を持参する。

※ 合否の問い合わせについては応じない。

様式1

指定校推薦  一般推薦  一般（ ）期

## 2024年度 入学願書

※受験番号

### 至誠会看護専門学校校長 殿

貴校に入学を志願いたしますので、必要書類に入学検定料を添えて提出いたします。

西暦 年 月 日

写真貼付 1.写真は正面、上半身脱帽 2.最近3ヶ月以内に撮影したもの 3.写真は縦4cm×横3cmで枠なし 4.カラー、白黒どちらでも可 5.写真裏面に氏名を記す 6.証明書用写真に限る	ふりがな	(楷書で戸籍のとおり記入)		性別
	氏名	(戸籍のとおり記入)		
	生年月日	西暦	年 月 日	旧姓( )
	年齢	歳		2024年4月1日現在の年齢を記入
西暦 年 月 撮影				
現住所 (書類・文書等 送付先)	ふりがな			
	〒	(都・道・府・県)		
自宅電話番号	( )	携帯電話番号	( )	
メールアドレス	@			
入学後の 住所	ふりがな			
	〒	(都・道・府・県)		
学歴	※西暦で記入	所在地	ふりがな	
	年 月	都 道 府 県	高等学校	科 入学
	年 月	都 道 府 県	高等学校	科 卒業見込 卒業
	年 月			
	年 月			
職歴	就業期間	就業年数 年・ヶ月	職種	勤務先名
	※西暦で記入			
	年 月～ 年 月	・		
	年 月～ 年 月	・		
	年 月～ 年 月	・		
年 月～ 年 月	・			
年 月～ 年 月	・			

注) 学歴、職歴欄が足りない場合は別紙(A4サイズ)を添付して下さい。

学歴・職歴は記載もれのないよう、正しく記入してください。

上記の指定校推薦入学試験・一般推薦入学試験・一般入学試験のいずれかに☑を入れてください。

一般入学試験の場合は、受験期を記入してください。

※印欄は記入しないこと

様式2-1

指定校推薦  一般推薦  一般（      ）期

※受験番号

## 身 上 書

氏 名		
趣味および特技		
性 格	自分で 思うこと	
	他人から 言われること	
健康管理で特に 注意していること		
自己PR		

上記の指定校推薦入学試験・一般推薦入学試験・一般入学試験のいずれかに☑を入れてください。

一般入学試験の場合は、受験期を記入してください。



<学校用>

※受験番号	
-------	--

<input type="checkbox"/> 指定校 <input type="checkbox"/> 一般	<h2 style="margin: 0;">推 薦 書</h2>
氏 名  生年月日 西暦 年 月 日  上記の者は、貴学の推薦入学の資格および推薦条件を満たす人物と認め、ここに責任を持って推薦いたします。  西暦 年 月 日 至誠会看護専門学校校長 殿  <div style="text-align: center;">〒</div> 住 所  学 校 名  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>校 長 名</span> <span>校 印</span> </div>	

	項 目	
行動 お よ び 性 格	学 習 意 欲	
	責 任 感	
	自 主 性	
	情 緒 の 安 定	
	協 調 性	
総評および推薦理由		

推薦される種別に☑チェックを記入してください。

様式4

- 指定校推薦入学試験  
 一般推薦入学試験  
 一般入学試験 ( ) 期(社会人含む)

受験票(学校控)

※ 受験番号	
ふりがな	
氏名	
生年月日	西暦 年 月 日
試験日	一次 年 月 日 ( ) 二次 年 月 日 ( )
写真貼付 タテ 4cm ×ヨコ 3cm 写真裏面に 氏名を記入してから はり付ける 様式1と同じ写真を はり付ける	

様式5

- 指定校推薦入学試験       一般推薦入学試験  
 一般入学試験 ( ) 期(社会人含む)

※受験番号	
-------	--

※は記入しない

緊急連絡先

1. 受験者氏名 \_\_\_\_\_

2. 連絡先

自宅 TEL ( ) \_\_\_\_\_

昼間 TEL ( ) \_\_\_\_\_ 注3 ( ) \_\_\_\_\_

夜間 TEL ( ) \_\_\_\_\_ 注3 ( ) \_\_\_\_\_

メッセージ

注1) 上記の指定校推薦入学試験、一般推薦入学試験、一般入学試験のいずれかに☑を入れてください。

注2) 確実に連絡が取れる電話番号を記入してください。

注3) 受験者以外の連絡先を希望される方は、カッコ内に続柄、もしくは氏名を記入してください。

- 指定校推薦入学試験  
 一般推薦入学試験  
 一般入学試験 ( ) 期(社会人含む)

受験票

※ 受験番号	
ふりがな	
氏名	
生年月日	西暦 年 月 日
試験日	一次 年 月 日 ( ) 二次 年 月 日 ( )
場所	至誠会看護専門学校1号館
写真貼付	※ 入学試験検定料受領印
タテ 4cm ×ヨコ 3cm 写真裏面に 氏名を記入してから はり付ける 様式1と同じ写真を はり付ける	

切り取り無効

〒1157-0065 東京都世田谷区上祖師谷5-23-1  
 TEL 03-6279-6601  
 至誠会看護専門学校

上記の指定校推薦入学試験、一般推薦入学試験、一般入学試験のいずれかに☑を入れてください。

※は記入しないでください。