学校法人　東都医療福祉学院

2023 年度：千住介護福祉専門学校　入学願書

申 込 日:　　年　月　日

千住介護福祉専門学校
学 校 長　　殿

貴校の介護福祉学科に入学を希望しますので、必要書類を添えて提出します。

入 試 方 法		**大学生・社会人入試**		**一般入試**
		学校推薦		

＊受験番号 （記入不要）	

受付受領印	受領者	**受験日**
		月　日 **（　）**

写真貼付欄

1.正面脱帽上半身
背景なし
2.３ヵ月以内に
撮影したもの
3.縦４㎝×横３㎝

ふりがな			性　別
氏　名			
生年月日	西暦　　年　　月　　日生（満　　歳）		
現住所	〒	電話 メールアドレス	
合否通知先	現住所に同じ ・ 他の場所であれば記入 〒	電話	
保護者（未成年の場合） 氏名	本人との関係	電話	
保護者（未成年の場合） 住所	現住所に同じ ・ 他の場所であれば記入 〒		
学　歴 （西暦）	立　　高等学校　　年　月 卒業・卒業見込 大学・短大・専門学校　　年　月 卒業・卒業見込		
	（資格検定試験合格者は記入） 年　月　　資格検定試験合格		

2023 年度：千住介護福祉専門学校　受 験 票

受付番号（記入不要）

受 験 日　　月　　日(　)
受付時間　　：　～
（10分前には着席のこと）

ふりがな		性 別
氏　名		
生年月日	西暦　　年　　月　　日生（満　　歳）	

写真添付

1.正面脱帽上半身背景なし
2.3ヶ月以内に撮影したもの
3.縦４cm×横３cm

＊当日は、この受験票を忘れずに持参し、机の左上に提示すること。
＊筆記用具は、鉛筆、シャープペンシルを使用すること。
＊本票をもって入学選考料領収証にかえます。

［学院使用欄］

領収印	受領者

受領金額：　￥20,000　・　¥10,000

受付時切り取り

千住介護福祉専門学校　入学選考料　納付票

受付番号（記入不要）	

受 験 日　　月　　日(　)
受付時間　　：　～

ふりがな	
氏　名	

下記の金額を納入いたします。

￥ 20,000　・　￥ 10,000

［学院使用欄］

領収印	受領者	会計印

受験番号 （記入不要）	

2023 年度：身　上　書

ふりがな		生年月日 西暦　　年　　月　　日生 （満　　歳）	
氏　名			
職歴（西暦） （ある方のみ）	年　　月		
	年　　月		
	年　　月		
自己アピール	得意な科目	趣味・スポーツ	
	特　技	アピールポイント	
	取得資格		
受験動機、 理由など			
保証人	氏名	㊞	本人との関係
	現住所	〒	電話

＊保証人は、父母または在学中責任をもって後見できる独立生計者に限ります。
＊個人情報については、個人情報管理責任者のもとで本校入学試験においてのみ適切に利用及び管理します。なお、入学決定者については、入学後の名簿作成に利用します。

受験番号 （記入不要）	

年　　月　　日

学　校　推　薦　書

学校法人東都医療福祉学院
千住介護福祉専門学校
　　校　　長　　殿

学　校　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
校　長　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印
所　在　地＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

下記の生徒は人物・身体ともに、貴校に入学する事が適格であると認めますのでここに推薦いたします。

志願者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
生年月日(西暦)　　年　　月　　日生

学級担任氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

推薦理由（人物、態度、将来の希望等、所見をご記入下さい）