

# 入学願書

受験区分	
一般Ⅰ期	
一般Ⅱ期	

※受験番号(当校で記入します)

学校法人慈誠会学園 (西暦) 年 月 日 光が丘福祉専門学校 校長殿			写真貼付 上半身脱帽
ふりがな		本籍	性別
志願者氏名			
生年月日	(西暦) 年 月 日 ( 歳) ※年齢は2025年4月1日現在	撮影年月日: 年 月 日	
志願者	〒 ー		
	TEL		
	MAIL		
学 歴	期間(西暦)	入・卒(見込)	学 校 名
中学校	年 月	卒業	
	年 月	入学	
	年 月	卒業・卒業見込	
高等学校	年 月	入学	
	年 月	卒業・卒業見込	
	年 月	入学	
	年 月	卒業・卒業見込	
	年 月	入学	
	年 月	卒業見込	
	年 月	入学	
	年 月	卒業・卒業見込	
	年 月	入学	
	年 月	卒業・卒業見込	
			在籍年数期間
職 歴 (西暦)	自 年 月 (勤務先)	・介護職	年 月
	至 年 月	・その他	年 月
(介護職歴と その他の 別を○印で 選択する。)	自 年 月 (勤務先)	・介護職	年 月
	至 年 月	・その他	年 月
	自 年 月 (勤務先)	・介護職	年 月
	至 年 月	・その他	年 月
	自 年 月 (勤務先)	・介護職	年 月
	至 年 月	・その他	年 月