

入学願書

受験区分		※受験番号(当校で記入します)
推薦Ⅰ期	推薦Ⅳ期	
推薦Ⅱ期	推薦Ⅴ期	
推薦Ⅲ期		

学校法人慈誠会学園 (西暦) 年 月 日				写真貼付 上半身脱帽
光が丘福祉専門学校 校長殿				
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		
	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・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		
	年 月	入学		
	年 月	卒業・卒業見込		
				在籍年数期間
職歴 (西暦) (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 ・その他	年 月	
	至 年 月		年 月	
	自 年 月 (勤務先)	・介護職 ・その他	年 月	
	至 年 月		年 月	
	自 年 月 (勤務先)	・介護職 ・その他	年 月	
	至 年 月		年 月	
	自 年 月 (勤務先)	・介護職 ・その他	年 月	
	至 年 月		年 月	

[illegible]