

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 4cm×3cm	
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	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	卒業・卒業見込			
	年 月	入学			
	年 月	卒業・卒業見込			
	年 月	卒業・卒業見込			
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	在籍年数期間
	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
	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

校長推薦

[illegible]

志望動機を記入してください。―――を超えるようにお書きください。

[illegible]