

受験番号	※学校記入欄
------	--------

日本体育大学医療専門学校 入学願書

記入日（西暦） 年 月 日

面談日・試験日・試験名 (番号に○)	(西暦) 年 月 日	1.総合型選抜Ⅰ期 2.総合型選抜Ⅱ期 3.学校推薦型選抜 4.一般選抜	
志望	整復健康学科 / 口腔健康学科 いずれかに○を付けてください。		
志 願 者	フリガナ	性別	写真を貼る欄 ここ3ヶ月以内に 撮影した、正面半 身脱帽のカラー写 真を貼ること 縦4cm 横3cm
	氏名		
	生年月日	(西暦) 年 月 日生(満才)	
	現住所	〒 - 都道府県	
	電話	() (携帯電話) - -	
	E-mail	@	
	出身校	都道府県 立 高等学校	コース・科
		(西暦) 年 月卒業・卒業見込	在学中クラブ
	その他の学歴	大学・短大・専門学校 (西暦) 年 月卒業・見込	在学・中退
	職歴	(社名) (西暦) 年 月退職	勤務中
資格免許 (西暦で記入)	年 月		
	年 月		
	年 月		
私は、貴校への入学を志願しますので、入学検定料及び必要書類を添えてここに出願いたします。 (西暦) 年 月 日 氏 名 _____			

学校法人 日本体育大学
日本体育大学医療専門学校

学 校 長 殿

志願者氏名 _____

日本体育大学医療専門学校学費等の減免に関する規則に基づき、下記のとおり願います。

記

号	対象者	減免額	該当欄にチェック
1	日本体育大学の在學生又は卒業生 (証明書類：日本体育大学在学証明書又は卒業証明書)	入学金全額免除 (250,000 円減免)	<input type="checkbox"/>
2	日体各校 (日本体育大学を除く。) の在學生又は卒業生 (証明書類：調査書又は卒業証明書等)	入学金半額免除 (125,000 円減免)	<input type="checkbox"/>
3	本学の卒業生又は本学において転入学を許可された者 (再入学は学則に定めによる。)	入学金全額免除 (250,000 円減免)	<input type="checkbox"/>
4	本学卒業生の親族 (2 親等以内) である者 (証明書類：続柄を証明する書類の写し (住民票、戸籍謄本等)) ※証明書類は、入学手続後に返却いたします。	入学金 100,000 円免除	<input type="checkbox"/>
5	本校卒業生から推薦を受けた者 (証明書類：必要事項を推薦人が記載) ※改姓をしている場合は本学在学時の姓でご記入ください。	入学金 50,000 円免除	<input type="checkbox"/>
6	歯科医院から紹介を受けた者 (口腔健康学科のみ) (証明書類：必要事項を紹介者が記載)	入学金 50,000 円免除	<input type="checkbox"/>
7	推薦又は指定校推薦を受けた者で評定平均が 3.0 以上の者 (証明書類：出願書類⑤に該当する調査書)	入学金 50,000 円免除	<input type="checkbox"/>
9	早期 (6 月 1 日から 9 月 30 日の間) に本校を第一志望として 出願し、A0 で受験する者	入学金 50,000 円免除	<input type="checkbox"/>

【卒業生記入欄】

志願者は、貴校への進学に適するものと認め推薦いたします。

昭和・平成・令和 _____ 年卒業生

氏 名 _____ 印 電話番号 _____

【歯科医院記入欄】

志願者は、貴校への進学に適するものと認め紹介いたします。

医院名 _____ 印 電話番号 _____

受付年月日	担当者印
 ※学校記入欄	

【総合型選抜Ⅱ期】

