

入学願書

群馬医療福祉大学附属医療福祉専門学校長 殿

受付期日	*1) 令和 年 月 日	*2) 受験番号			
再受験者は前回の受験番号を必ず記入すること。(No.)				[写真] (4 cm × 3 cm) 正面上半身、脱帽、無背景で3か月以内に撮影したもの。 全面に糊付けすること。	
学科	視能訓練士学科(令和8年4月設置計画)				
出願区分 (○で囲む)	AO入試	学校推薦入試	自己推薦入試	学業特待生入試 一般入試	社会人入試
	I期	I期	I期	I期	I期
	II期	II期	II期	II期	II期
	III期	III期	III期	III期	III期 IV期 V期
資格特待希望 ☐ (希望者は□内に✓印を付けること)		(資格・検定名)			
試験会場	群馬医療福祉大学附属医療福祉専門学校 (現校名:群馬社会福祉専門学校)				
本人	ふりがな			性別	生年月日
	氏名			男・女	昭和・平成 年 月 生()歳
	ふりがな				
	現住所	〒()-()			
	電話	自宅		携帯	
	最終学歴				
	勤務先 (勤務している場合)	名称	昭和・平成・令和 年 月卒業見込・卒業		
		所在地	電話 ()		

<注 意>

- 1 太枠内のみ記入すること。
2 *1)*2)は記入しないこと。

- 3 黒インクを使用し、楷書で記入すること。
4 写真を貼付すること。

- 〈注 意〉
- 1 太枠内のみ記入すること。＊印は記入しないこと。
 - 2 黒インクを使用し、楷書で記入すること。
 - 3 写真を貼付すること。
 - 4 点線に沿って切り取ること。

群馬医療福祉大学附属医療福祉専門学校

A O 入 試 適 正 検 査 受 検 票
及 び 入 学 試 験 受 験 票

受験（受検）＊
番号

写真貼付欄 (願書に貼付したものと同一写真を貼付すること。)	ふりがな						昭和 年 月 日生 平成 (満 才)
	氏 名						
	出願区分 (○で囲む)	AO入試	学校推薦入試	自己推薦入試	学業特待生入試 一般入試Ⅰ～Ⅲ	社会人入試	
		※Ⅰ期	Ⅰ期	Ⅰ期	学業特待生 Ⅰ期	Ⅰ期	
		Ⅱ期	Ⅱ期	Ⅱ期	※Ⅱ期	Ⅱ期	
学科	視能訓練士学科						
試験会場	群馬医療福祉大学附属医療福祉専門学校						

【 注 意 】

- | | |
|------------------------------------|--------------------------------|
| 1. 試験日を確認すること。 | 5. 本票は試験の際は机の上に置き、面接の際は提示すること。 |
| 2. 受付時間 午前9時～9時15分。
※午後1時～1時30分 | 6. 筆記用具、上履きを用意すること。 |
| 3. 受験を辞退する場合は連絡すること。 | 7. 本票は、入学時まで保管しておくこと。 |
| 4. 本票を持参しなければ受験することができない。 | |

AO入試:エントリー時提出(出願時不要)
推薦・一般・学業特待生・社会人入試出願時提出

※学校使用欄

受験番号

氏名

志望理由書

(400字以上600字以内で記入すること)

◀ 400 字

◀ 600 字

※この太枠の中は記入しないこと

受験番号

推 薦 書

令和 年 月 日
群馬医療福祉大学附属医療福祉専門学校長 殿

学 校 名

校 長 名



所 在 地 TEL

下記の者を貴校の入学者として適当と認め、
推薦いたします。

記

記載責任者(担任)氏名

進路指導主事氏名

平成 年 月 日 卒業見込

志 願 者 氏 名

昭和
平成 年 月 日生

推薦事項

※学校使用欄

受験番号

氏名

自己推薦書

[課題] 自分が努力してきたことや、将来の夢などを中心に、自己推薦をする理由を述べなさい。
(400 字以上 600 字以内で記入すること)

◀ 400 字

◀ 600 字