

練習用

AOエントリーシート (出願要件確認登録用紙)

受付日 西暦 年 月 日

※受付日は記入不要です。

私は、AOエントリーを希望します。

本人記入欄	志望学科	第一志望(科)			
		第二志望(科)			
		※下記の学科から選択してご記入ください。※第二志望学科がある方は、第二志望欄もご記入ください。 ●作業療法士科 ●言語聴覚士科 ●臨床工学技士科 ●救急救命士科			
	実施希望日	西暦 年 月 日			
	フリガナ				性別
	氏名				
	生年月日	西暦 年 月 日生(歳)			
	フリガナ				
	現住所 または 連絡先	(〒 -)			
	自宅電話番号	() -	メールアドレス ※任意項目	P C	@
	携帯番号	() -		携帯	@
	最終学歴	()立 高等学校 専門学校 大学・大学院 短期大学 学部 学科 コース 年 3月 卒業見込			
	担任の先生のお名前 ※高校3年生のみ	先生			
担任の先生はAOエントリーをご存知ですか? ※高校3年生のみ	はい ・ いいえ				

▶裏面へ

【重要】高校3年生の方は、保護者の方の署名が必要です。(社会人の方は不要)

■上記の者が、AOエントリーすることを承認します。

フリガナ	
保護者氏名	

志望動機

(あなたが将来、その職業に就きたいと思った理由と
姫路医療専門学校を選ばれた理由を具体的に書いて下さい。)

出願に関する個人情報の取り扱いについて

本校では、皆さまの大切な個人情報を保護するため、個人情報保護法および関連ガイドライン等に基づき、個人情報保護委員会を設け、「個人情報保護方針」を定め、これを遵守しています。出願された方の個人情報は、厳重かつ適切な管理の下、入学試験に関わる受験票や
合否通知の発送、事務連絡、入学試験の結果判定、入学手続きの案内と確認、出身校への連絡、新入生の受入準備等にのみ使用され、
無断でこの目的以外に使用または第三者に開示、提供される事はありません。

お問い合わせ先

学校法人神戸滋慶学園 個人情報保護委員会 ☎ 0120-616-187

学校法人神戸滋慶学園
姫路医療専門学校