

# 入学願書

受験用 番号	※
-----------	---

学校法人 大和学園  
京都栄養医療専門学校  
校長 影山 弘典 様

西暦 年 月 日

下記の通り貴校への入学を希望します。

写真欄  
(4cm×3cm)

- 上半身脱帽正面  
写し
- 最近3カ月以内  
に撮影のもの


志望学科 (○印を記入)	<input type="checkbox"/> 管理栄養士科	<input type="checkbox"/> 医療事務・医療秘書科
	<input type="checkbox"/> 栄養士科	<input type="checkbox"/> 診療情報管理士科

第2志望 併願制度 (希望される方は○印を記入)	<input type="checkbox"/>	栄養士科(管理栄養士科志望者のみ)
	<input type="checkbox"/>	医療事務・医療秘書科
	<input type="checkbox"/>	診療情報管理士科

試験区分 (○印を記入)	<input type="checkbox"/> 一般入学 (第 次)	<input type="checkbox"/> 適性調査入学 (第 次)
	<input type="checkbox"/> 再進学入学 (第 次)	<input type="checkbox"/> 学校推薦入学 (第 次)
【面接方法】		<input type="checkbox"/> 来校 <input type="checkbox"/> WEB ※希望ツール <input type="checkbox"/> ZOOM <input type="checkbox"/> LINE

本人	フリガナ 氏名	性別 男・女	生年月日 西暦 年 月 日生(満才)
	フリガナ 現住所	〒□□□-□□□□ ☎ ( ) - ( ) メールアドレス @	
	出身校	(大学・短大・専門学校出身者もご記入ください) 都道府県 立 高等学校 全日制 課程 科 類 通信制 通制 クラス 西暦 年 月 卒業・卒業見込 (担任氏名 先生)	
	職歴(最終)	西暦 年 月～ 年 月	(会社名)
	フリガナ 氏名	緊急時連絡先(本人以外)	
フリガナ 現住所	〒□□□-□□□□ ☎ ( ) - ( )		

住居資料の送付 (どちらかを○で 囲んでください)	希望する ・ 希望しない
---------------------------------	--------------

入学検定料収納証明書貼付欄 (コンビニエンスストア等)	
<a href="https://e-shiharai.net/">https://e-shiharai.net/</a>	
コンビニエンスストア入学検定料収納証明書貼付欄	
	【支払方法】 <input type="checkbox"/> デイリーヤマザキ・セイコーマート <input type="checkbox"/> ペイジー・ネットバンキング <input type="checkbox"/> クレジットカード

受付日	※	年 月 日	※ 受付者
ID番号	※		

(2024年度生用)

※印欄は記入しないこと。裏面も必ず記入すること。

※検定料の納入なきものは無効です。