

高等学校推薦書

受験番号

年 月 日

学校法人 滋慶コミュニケーションアート

京都医健専門学校

学校長 藤田 裕之 殿

高等学校名

学校長名 (印)

所在地 TEL

学級担任名 進路指導主事名

下記の者を貴校の入学者として認め、推薦いたします。

記

志願者名 年 月 日卒業(見込み)

所 見 (本人について特記事項がございましたらお知らせください。)

3

※太ワク内のみ記入

郵便振替払込受付証明書台帳

受験番号	
受験番号 (トータルビューティ科 ヘアメイクコース 美容師免許プラン用)	
ふりがな 氏 名	
志望の学科・ コースをご記入 ください。	科 コース 専攻

郵便振替払込受付証明書を裏面へ貼ってください。

2

受験票

※太ワク内のみ記入

受験番号		
受験番号 (トータルビューティ科 ヘアメイクコース 美容師免許プラン用)		
ふりがな 氏 名		
電話番号	() -	
第一志望の 学科・コースを ご記入ください。	学 科	コ ー ス
	<input type="checkbox"/> スポーツマネジメントテクノロジー科	コース
	<input type="checkbox"/> スポーツ科学科	コース
	<input type="checkbox"/> 美容師科	コース
	<input type="checkbox"/> トータルビューティ科	コース
	<input type="checkbox"/> 柔道整復科	<input type="checkbox"/> (午前集中コース) <input type="checkbox"/> (兼整ススポーツコース)
	<input type="checkbox"/> 鍼灸科	<input type="checkbox"/> (午前集中コース) (スポーツ美容コース <input type="checkbox"/> スポーツ鍼灸専攻 / <input type="checkbox"/> 美容鍼灸専攻)
	<input type="checkbox"/> 理学療法科	<input type="checkbox"/> 昼間 <input type="checkbox"/> スポーツ理学療法コース
	<input type="checkbox"/> 作業療法科	
	<input type="checkbox"/> 言語聴覚科	
	<input type="checkbox"/> 視能訓練科	
	<input type="checkbox"/> 社会福祉科	夜間
<input type="checkbox"/> 精神保健福祉科	夜間	
選考日 (AO入学正式出願日)	年 月 日 ()	
当日選考科目	<input type="checkbox"/> 書類選考 <input type="checkbox"/> 学科試験 <input type="checkbox"/> 面接	選考料領収印
試験時間	時	
<input type="checkbox"/> 本校にて入学選考を行いますのでこの受験票をご持参の上ご来校ください。 <input type="checkbox"/> 選考日には、書類選考のみ行いますのでご来校いただく必要はございません。		