④

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 美容師免許（通信課程）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ー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	（　　）　　ー	
第一志望の学科・コースをご記入ください。	学　科	コース
	□スポーツマネジメントテクノロジー科	コース
	□スポーツ科学科	コース
	□美容師科	コース
	□トータルビューティー科	コース
	□柔道整復科	□（午前集中コース）　□（柔整スポーツコース）
	□鍼灸科	□（午前集中コース） （スポーツ美容コース □スポーツ鍼灸専攻 ／□美容鍼灸専攻）
	□理学療法科	□ 昼間　□ スポーツ理学療法コース
	□作業療法科	
	□言語聴覚科	
	□視能訓練科	
	□社会福祉科	夜間
	□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	□ 書類選考　□ 学科試験 □ 面接	選考料領収印
試験時間	時	

□ 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。
□ 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。