

入学願書

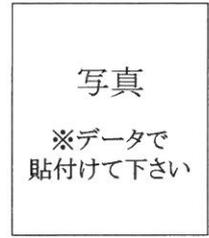
推薦入試 一般入試
※(チェックをして下さい)

面接希望日: _____年 _____月 _____日 希望

国際整体技術学園
日本カイロプラクティックドクター専門学院
学長 小倉 毅 殿

今般貴校に入学致したいので許可下されるよう
関係書類を添えて出願致します。
_____年 _____月 _____日

本人氏名 _____



カイロプラクティック学科 (一般コース)	夜間コースにチェックをして下さい		希望校	札幌 校	
	<input type="checkbox"/> 夜間部 18:00~21:00			<input type="checkbox"/> 4月生 <input type="checkbox"/> 10月生	
ふりがな				生 年 月 日	年 月 日 (才)
氏名	チェックをして下さい <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				
現住所	(〒 _____)	<input type="checkbox"/> 都 <input type="checkbox"/> 道 <input type="checkbox"/> 府 <input type="checkbox"/> 県	<input type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> 区 <input type="checkbox"/> 郡		
	TEL _____	携帯 _____	E-mail _____		
最終学歴	_____年 _____月 _____立		<input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 専 <input type="checkbox"/> 短 <input type="checkbox"/> 大		
	_____学部		科 <input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 中退		
現在職					
資格		趣味		特技	
当学院をお知りになった媒体	<input type="checkbox"/> 新聞 (_____ 新聞) <input type="checkbox"/> 雑誌 (_____) <input type="checkbox"/> 専門学校・資格ガイド <input type="checkbox"/> 医療系ガイド <input type="checkbox"/> ポスター <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 当学院OBからの紹介 <input type="checkbox"/> 家族又は知人の紹介 <input type="checkbox"/> その他 (_____)				
当学院を選んだ理由をお聞かせ下さい(複数可)	<input type="checkbox"/> カイロプラクティックの治療を受けたことがあ <input type="checkbox"/> 教育内容・設備の充実 <input type="checkbox"/> カリキュラム内容 <input type="checkbox"/> 将来性 <input type="checkbox"/> 協同組合の認定校だから <input type="checkbox"/> 就職及び開業率 <input type="checkbox"/> アメリカ研修があるか <input type="checkbox"/> 短大併修制度があるから <input type="checkbox"/> 他の公的資格も取得出来るから <input type="checkbox"/> 当学院OBからの紹介 <input type="checkbox"/> 家族知人の勧めより <input type="checkbox"/> その他 (_____)				

家族構成(本人を除く 世帯主の場合は家族名)

続柄	氏名	年齢	続柄	氏名	年齢

(自由論文もご記入下さい)

〈 願書記入例 〉

入学願書

推薦入試 一般入試

※(チェックをして下さい)

面接希望日: 20××年 ○月 ×日 希望

国際整体技術学園
日本カイロプラクティックドクター専門学校
学長 小倉 毅 殿

写真

※データで
貼付けて下さい

今般貴校に入学致したいので許可下されるよう
関係書類を添えて出願致します。

20××年 ○月 ×日

本人氏名 札幌 花子

カイロプラクティック学科 (一般コース)	夜間コースにチェックをして下さい		希望校	札幌 校	
	<input checked="" type="checkbox"/> 夜間部	18:00~21:00		<input checked="" type="checkbox"/> 4月生	<input type="checkbox"/> 10月生
ふりがな	さっぽろ はなこ			生 年 月 日	○○○○年 1月 1日 (25 才)
氏名	札幌 花子				
	チェックをして下さい <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女				
現住所	(〒 060-0807)	北海	<input type="checkbox"/> 都 <input checked="" type="checkbox"/> 道	札幌 <input checked="" type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> 区 <input type="checkbox"/> 郡	
		<input type="checkbox"/> 府 <input type="checkbox"/> 県			
	北7条西4丁目札幌クレストビル1F・2F				
	TEL 011-707-8511 携帯		E-mail		
最終学歴	19××年 3月 道立	札幌	<input type="checkbox"/> 中 <input checked="" type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 専 <input type="checkbox"/> 短 <input type="checkbox"/> 大		
	学部	普通	科 <input checked="" type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 中退		
現在職	会社員				
資格	簿記2級	趣味	音楽鑑賞	特技	料理
当学院をお知りになった媒体	<input type="checkbox"/> 新聞 (新聞) <input type="checkbox"/> 雑誌 () <input checked="" type="checkbox"/> 専門学校・資格ガイド <input type="checkbox"/> 医療系ガイド <input type="checkbox"/> ポスター <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 当学院OBからの紹介 <input type="checkbox"/> 家族又は知人の紹介 <input type="checkbox"/> その他 ()				
当学院を選んだ理由をお聞かせ下さい(複数可)	<input type="checkbox"/> カイロプラクティックの治療を受けたことがあ <input checked="" type="checkbox"/> 教育内容・設備の充実 <input checked="" type="checkbox"/> カリキュラム内容 <input type="checkbox"/> 将来性 <input type="checkbox"/> 協同組合の認定校だから <input type="checkbox"/> 就職及び開業率 <input type="checkbox"/> アメリカ研修があるか <input type="checkbox"/> 短大併修制度があるから <input type="checkbox"/> 他の公的資格も取得出来るから <input type="checkbox"/> 当学院OBからの紹介 <input type="checkbox"/> 家族知人の勧めより <input type="checkbox"/> その他 ()				
家族構成(本人を除く 世帯主の場合は家族名)					
続柄	氏 名	年齢	続柄	氏 名	年齢
父	札幌 ○男	56			
母	札幌 △子	53			

(自由論文もご記入下さい)