

# 入学願書

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

写真貼付  
(3×3cm)

正面上半身、脱帽

今般貴校カイロプラクティック学科に入学を希望しますので  
許可下さる様、関係書類を添えて出願いたします。

年 月 日

カイロプラクティック学科		希望校
※どちらかに○ 4月生・10月生	※どちらかに チェック ✓ <input type="checkbox"/> 昼間部 (12:00-15:00) <input type="checkbox"/> 夜間部 (18:00-21:00)	札幌 校

ふりがな			印	性 別	男・女	生 年 月 日	S・H	年	月	日	(才)
氏名											
TEL	自宅 ( ) - 携帯 ( ) -										
E-mail	@										
現住所	〒	-	都道 府県	市・区・郡							
学歴	S・H	年	月	立	中・高 卒業・卒業見込み・中退						
	S・H	年	月	立	大・専 卒業・卒業見込み・中退						
現在職											
資格											
当学院を お知り になった媒体	<input type="checkbox"/> 当学院のサイト <input type="checkbox"/> 他のWEBサイト ( ) <input type="checkbox"/> WEB検索 (キーワード ) <input type="checkbox"/> ポスター <input type="checkbox"/> 雑誌 <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 当学院OBからの紹介 (紹介者 ) <input type="checkbox"/> 家族・知人の紹介 (紹介者 ) <input type="checkbox"/> その他 ( )										
当学院を 選んだ理由 をお聞かせ ください (複数可)	<input type="checkbox"/> カイロプラクティックの施術を受けたことがあるから <input type="checkbox"/> 教育内容・設備の充実感 <input type="checkbox"/> カリキュラムの内容 <input type="checkbox"/> 将来性 <input type="checkbox"/> 就職及び開業率 <input type="checkbox"/> アメリカ研修があるから <input type="checkbox"/> 興味があったから <input type="checkbox"/> 当学院OBからの紹介 <input type="checkbox"/> 家族・知人の勧め <input type="checkbox"/> 奨学金制度があるから <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

# ※願書記入例※

**枠内のすべてに記入が必要です。**

## 入学願書

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

写真貼付  
(3 × 3 cm)

正面上半身、脱帽

今般貴校カイロプラクティック学科に入学を希望しますので  
許可下さる様、関係書類を添えて出願いたします。

2010年 〇月 〇日 ←お申込み日を記入

カイロプラクティック学科		希望校	
※どちらかに○ 4月生・10月生	※どちらかに チェック ✓	<input type="checkbox"/> 昼間部 (12:00-15:00) <input checked="" type="checkbox"/> 夜間部 (18:00-21:00)	札幌 校
ふりがな	だいたい りょうた	性 別	生年月日
氏名	代替 療太	代	男
TEL	自宅 (011) / 234-5678 携帯 (090) / 234-5678		
E-mail	daitairyou @ gmail.com		
現住所	〒064-0809	北海道	札幌 市 区・郡
	中央区南9条西6丁目クウェストビル		
中学・高校は 必ず記入。	S (H) 〇年〇月 北海道 立	〇〇〇	中・高 卒業 卒業見込み・中退
大学・専門学校は 進学された方 のみ記入。	S (H) 〇年〇月 北海道 立	〇〇〇	大・専 卒業 卒業見込み・中退
現在職	学生		
資格	実用英語技能検定 2級		
当学院を お知り になった媒体	<input type="checkbox"/> 当学院のサイト <input type="checkbox"/> 他のWEBサイト ( ) <input type="checkbox"/> WEB検索 (キーワード ) <input type="checkbox"/> ポスター <input type="checkbox"/> 雑誌 <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 当学院OBからの紹介 (紹介者 ) <input checked="" type="checkbox"/> 家族・知人の紹介 (紹介者 代替 療助 ) <input type="checkbox"/> その他 ( )		
当学院を 選んだ理由 をお聞かせ ください (複数可)	<input type="checkbox"/> カイロプラクティックの施術を受けたことがあるから <input type="checkbox"/> 教育内容・設備の充実感 <input type="checkbox"/> カリキュラムの内容 <input type="checkbox"/> 将来性 <input checked="" type="checkbox"/> 就職及び開業率 <input type="checkbox"/> アメリカ研修があるから <input type="checkbox"/> 興味があったから <input type="checkbox"/> 当学院OBからの紹介 <input checked="" type="checkbox"/> 家族・知人の勧め <input type="checkbox"/> 奨学金制度があるから <input type="checkbox"/> その他 ( )		

紹介者の名前等は  
必ず記入。

複数選択可能。

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	代替 療助	45			
母	代替 療子	43			
弟	代替 療次	15			
妹	代替 療奈	12			

同居されているご家族を記入。