

2024年度

名古屋経営短期大学 入学願書

		受験番号	※	
入試区分	シニア・社会人・帰国生徒入学試験		<input type="radio"/> I 期 試験日：11月18日（土）	<input type="radio"/> II 期 試験日：1月20日（土）
志望学科	<input type="radio"/> 未来キャリア学科（ <input type="radio"/> ビジネス情報 <input type="radio"/> 観光 <input type="radio"/> 医療事務 <input type="radio"/> ビューティ） <input type="radio"/> 子ども学科 <input type="radio"/> 介護福祉学科			
フリガナ				写真貼付欄 ・受験票の写真と同じもの ・縦4cm×横3cm ・全面糊付けすること ・正面上半身のもの ・最近3か月以内に撮影したもの
氏名				
性別	男・女	生年月日	西暦 年 月 日生	
フリガナ				
保護者等氏名				課程
現住所 〔 通知連絡先 〕	〒 ー 電話（ ） ー			<input type="radio"/> 全日制 <input type="radio"/> 定時制 <input type="radio"/> 通信制
出身校	都道府県			学科
	学校名	立 学校		<input type="radio"/> 普通科
	卒業年月	年 月 卒業 卒業見込		<input type="radio"/> 総合学科
	高等学校卒業 程度認定試験	年 月 合格 合格見込		<input type="radio"/> その他 ()科

注1：該当する項目を●にし、太枠内をすべて記入してください。

注2：※欄は記入しないでください。

注3：必ず黒のボールペンにて記入してください。

名古屋経営短期大学 2024年度 受 験 票

写真貼付欄	受験番号	※	
	志望学科	<input type="radio"/> 未来キャリア学科 <input type="radio"/> 子ども学科 <input type="radio"/> 介護福祉学科	
	フリガナ		
	氏名		
入試区分	シニア・社会人 ・帰国生徒		<input type="radio"/> I期 11月18日(土) <input type="radio"/> II期 1月20日(土)
			集合：9:30 試験：小論文 9:50～10:30 面接 10:40～
試験会場		検定料	¥30,000
本 学		大学検印	

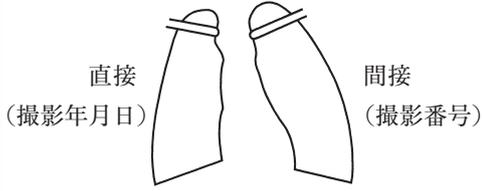
(注) 太線枠内に記入。入試区分欄は該当項目を●にしてください。
 (※欄は記入しないでください)
 受験票を印刷する際は、印刷の向きを横にしてください。

受験票 兼 入学検定料 支払確認書貼付台紙

入試区分	受験番号	※	
	志望学科	<input type="radio"/> 未来キャリア学科 <input type="radio"/> 子ども学科 <input type="radio"/> 介護福祉学科	
	フリガナ		
	氏名		
入試区分	シニア・社会人 ・帰国生徒		<input type="radio"/> I期 <input type="radio"/> II期
			払込受付証明書を貼付していない場合は、願書の受付をしません。 <div style="background-color: #e0e0ff; padding: 5px; text-align: center;"> 振替払込受付証明書貼付欄 (この部分にノリを付けて貼ること) </div>
試験会場		●すでに1回本学に出願し、入学検定料を納入した方は、下の枠内にそのときの受験番号を記入してください。	
本 学		<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> 受験番号 </div>	
		●入学検定料全額免除の場合は、その理由を記入してください。 <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>	
		(この部分にノリを付けて貼ること)	

(注) 太線枠内に記入。入試区分欄は該当項目を●にしてください。
 (※欄は記入しないでください)
 受験票を印刷する際は、印刷の向きを横にしてください。

名古屋経営短期大学入学志願者健康診断書

		※ 受験番号			
本人記入欄	フリガナ 氏名			男 ・ 女	生年月日 年 月 日
	現住所	〒 _____ TEL () -			
診 察 機 関 記 入 欄	診 断 事 項				
	視 力	右 ()	エ ッ ク ス 線 検 査	エ ッ ク ス 線 像	
		左 ()		 直接 (撮影年月日) 間接 (撮影番号)	
	聴 力	右 正常・異常 ()	エ ッ ク ス 線 検 査	所見 _____ 健 康 ・ 要 観 察 ・ 要 治 療	
		左 正常・異常 ()			
	* 聴力異常の場合、()内に聴力レベル (Hz・dB等)を記入してください。				
主な既往症と罹患時の年齢					
現在の主な疾病 (入学後の健康管理上注意すべき疾病の有無とその内容)					
その他特記事項					
判 定	検 査 不 要 ・ 要 再 検 ・ 要 精 密				
診断の結果上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日 所 在 地 医療機関名 医師の氏名 ㊟					

- [注] 1. 本診断書は、出願締切日前3か月以内に作成したものに限ります。
 2. ※欄は記入しないでください。