

入学願書

推薦入試 一般入試
※(チェックをして下さい)

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

写真貼付

(3×3cm)

正面上半身、脱帽

本人氏名 _____ ㊟

カイロプラクティック学科(一般コース・有資格者コース)		希望校	校
※コースに○、入学時期にチェックをしてください		<input type="checkbox"/> 4月生	<input type="checkbox"/> 10月生
ふりがな	生年月日	身長	血液型
氏名	年 月 日 (才)	cm	
チェックをして下さい <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		kg	型
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"/> 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"/> 看板 <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るか <input type="checkbox"/> 他の公的資格も取得出来るから <input type="checkbox"/> カリキュラム内容 <input type="checkbox"/> 協同組合の認定校だから <input type="checkbox"/> 教育内容・設備の充実 <input type="checkbox"/> 家族知人の勧めより <input type="checkbox"/> 短大併修制度があるから <input type="checkbox"/> 就職及び開業率 <input type="checkbox"/> 将来性 <input type="checkbox"/> 当学院OBからの紹介 <input type="checkbox"/> アメリカ研修があるから <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

(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)

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

忘れずにご捺印ください

写真貼付
(3×3cm)

正面上半身、脱帽

本人氏名 仙台 四朗 ①

カイロプラクティック学科(一般コース・有資格者コース)		希望校	仙台 校				
※コースに○、入学時期にチェックをしてください		<input checked="" type="checkbox"/> 4月生 <input type="checkbox"/> 10月生					
ふりがな	せんたい しろう		生年	〇〇〇〇年 1月 1日	身長	170 cm	血液型
氏名	仙台 四朗		年月日	(25 才)	体重	59 kg	A 型
チェックして下さい <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女							
現住所	(〒 980-0021)	宮城	<input type="checkbox"/> 都 <input type="checkbox"/> 道	仙台	<input checked="" type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> 区 <input type="checkbox"/> 郡		
		<input type="checkbox"/> 府 <input checked="" type="checkbox"/> 県					
青葉区中央2-1-7 アイリス青葉ビル4階							
TEL 022-712-3440 携帯				E-mail			
最終学歴	19××年 3月 都立	仙台	<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	水泳
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"/> 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"/> 看板 <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 checked="" type="checkbox"/> カイロプラクティックの治療を受けたことがあるか		<input type="checkbox"/> 他の公的資格も取得出来るから				
		<input type="checkbox"/> カリキュラム内容 <input type="checkbox"/> 協同組合の認定校だから	<input checked="" type="checkbox"/> 教育内容・設備の充実				
		<input type="checkbox"/> 家族知人の勧めより <input type="checkbox"/> 短大併修制度があるから	<input checked="" type="checkbox"/> 就職及び開業率 <input type="checkbox"/> 将来性				
		<input type="checkbox"/> 当学院OBからの紹介 <input checked="" type="checkbox"/> アメリカ研修があるから	<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		
父	仙台 ○男	56					
母	仙台 △子	53					

(自由論文もご記入下さい)

自由論文 (論文試験)

下記項目より1つを選択

- 将来の夢 福祉について 医療について 入学の目的

字数制限はありませんが、全体の半分以上は記入すること。

※学校記入欄

自己推薦書

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

私は貴校に入学を希望しており、下記に推薦文を記し出願します。

_____年__月__日

住 所 _____

氏 名 _____ ㊞

(自己推薦文)

推薦入試(新卒者対象)

推薦書

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

下記の人物は、貴校への入学を希望しており、良好な人物と認めますのでここに推薦致します。

_____年__月__日

住 所 _____

学 校 名 _____

推 薦 者 名 _____ (印)

フリガナ

氏名

生年月日 _____年__月__日(満 歳) 男 女

卒業年月日 _____年__月__日 卒業 卒業見込

推薦所見

記載者氏名

(印)

推薦希望書

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

下記の人物は、貴校への入学を希望しており、良好な人物と認めますのでここに推薦致します。

_____年____月____日

住 所 _____

学 校 名 _____

推 薦 者 名 _____

フリガナ

氏名

生年月日 _____年 ____月 ____日 (満 ____歳) 男 女

卒業年月日 _____年 ____月 ____日 卒業 卒業見込

※インターネット申込にて新卒者推薦をご希望する方は、上記を入力ください。
入力頂いた学校(推薦者様)へ、当校より推薦申込書類を送付致します。