

AO 入学エントリーシート

※学校使用欄

希望校名 大原医療秘書福祉保育専門学校

学校長 殿

受理日	西暦 年 月 日
受理番号	

入学希望課程は、**社会福祉士(夜間通学課程)** を希望します。

フリガナ			性別	男 ・ 女
氏名				
生年月日	西暦	年 月 日生	(西暦2024年4月1日現在)	歳
現住所	〒 -			
電話番号	自宅:	- -	携帯:	- -
学	高等学校	学校名	立	高等学校 西暦 年 月 卒業
		課程	全日制 ・ 通信制 ・ 定時制	[※学校コード]
歴			西暦	年高等学校卒業程度認定試験(旧大検) 合格
	大学等	学校名	大学院 大学 西暦 年 月 短期大学 専門学校	卒業・卒業見込 退学・退学予定 休学・休学予定 [※学校コード]
職	会社名			
歴	勤務期間	西暦 年 月 ~ 西暦 年 月	(勤務期間	年 ヲ月)

*上記の記入欄で該当する箇所はすべてご記入ください。

*学歴欄(大学等)・職歴欄(アルバイト・フリーターを除く)は志願直前の学歴・職歴のみご記入ください。

*ご記入いただいた個人情報は大原学園の学生管理の目的以外では使用いたしません。

応募資格 いずれかの□の中に✓印をつけてください。

- 4年制大学・4年制専門学校卒業または2024年3月卒業見込みの方(学部・学科は問いません)
- 3年制短期大学・3年制専門学校(夜間・通信を除く)を卒業し、指定施設において相談援助業務が入学までに1年以上ある方
- 2年制短期大学・2年制専門学校を卒業し、指定施設において相談援助業務が入学までに2年以上ある方
- 指定施設において相談援助業務が入学までに4年以上ある方(高等学校卒業以上の者)

(提出書類については8ページをご確認ください。)

※以下学校使用欄につき記入しないでください。

面接日	備考
年 月 日	