

平成24年度

# 関東リハビリテーション専門学校

## AO エントリーシート

※

※は学校記入欄

志望学科 (○で囲む)	学科名	第1希望	第2希望
	理学療法学科	<input type="text"/>	<input type="text"/>
作業療法学科	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

受験区分 (○で囲む)	1期	2期
	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### 写真貼付

- 3ヶ月以内撮影
- 上半身正面・脱帽
- 縦4cm×横3cm
- 全面のり付け

※第1希望のみでもかまいません。

フリガナ			性別
氏名			印
生年月日	昭和 平成	年 月 日生( 歳)	
現住所 (連絡先)	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	☎ ( ) 携帯 ( )	-
出身高校	都・道 府・県	立 高等学校	昭和・平成 年 月 卒業・卒業見込・高卒認定・大検
最終学歴 (高校卒業後)			昭和・平成 年 月 卒業・卒業見込・高卒認定・大検
履 歴 (学歴・職歴 など簡潔に 記入)	年 月		
資 格 免 許			

※お願い

上記の者が本校へのAOエントリーを希望しております。

ご承諾を頂けた場合は高校の先生、又は保護者の方のご署名、ご捺印をお願い申し上げます。

ご承認者 ご署名欄 (高校生の場合)	学 校 名	高等学校
	承認者名	印

学費負担者 (本人の場合は本人名記入)	フリガナ		本人との 続 柄	
	氏名		印	
住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	☎ ( )		-