

2021年度 日本保健医療大学

学校推薦型選抜(公募制)

推 薦 書

日本保健医療大学 学長殿

西暦 年 月 日

学校名

学校長

公印

下記の生徒は、貴大学の入学適格者と認め、責任をもって推薦いたします。

記

氏 名			志望学部	保健医療学部 看護学科		
			志望学科		保健医療学部 理学療法学科	
該当する欄に○						
生年月日	年 月 日	卒業年度	年 月 日	卒業見込み・卒業	性別	男・女

推薦理由

特記事項(人物の特徴・性格・諸活動の内容等)

記載者と本人の関係、記載者の職位と氏名

印

(注)記入・捺印の上、厳封して志願者へお渡しく下さい。

2021年度 日本保健医療大学

総合型選抜(帰国生徒特別)

学 歴 書

学 部 学 科 該当する欄に○	保健医療学部 看護学科	フリガナ	
	保健医療学部 理学療法学科	氏 名	

【出願資格】

最終 在籍校	年 月	卒業 学校	卒業見込
	国名 ()		
国家試験 等の統一 試験の 受験	試験 名		
	受験 期日	年 月	受験 地

【海外渡航の期間・理由・動機】

渡航	年 月	～ 帰国	年 月 (年 ヶ月)

【学歴】

学校名	入学・編入学	卒業見込・終了 卒業・退学
小学校	年 月 入・編	年 月 卒見・終了 卒業・退学
小学校	年 月 入・編	年 月 卒見・終了 卒業・退学
中学校	年 月 入・編	年 月 卒見・終了 卒業・退学
中学校	年 月 入・編	年 月 卒見・終了 卒業・退学
高等学校 中等教育学校	年 月 入・編	年 月 卒見・終了 卒業・退学
高等学校 中等教育学校	年 月 入・編	年 月 卒見・終了 卒業・退学

【記入上の注意】

- 1) 志願者本人が記入してください。
- 2) 最終在籍校は、日本、外国を問わず卒業（修了）・卒業見込みの高等学校名・卒業年月を記入してください。
- 3) 国際バカロレア資格、バカロレア資格(フランス共和国)、アビトゥア資格等の国家試験等の統一試験の受験者は、試験名、受験期日、受験地を記入してください。
- 4) 記入欄が不足した場合は、この用紙をコピーして使用してください。

総合型選抜 (留学生特別)

(注意) 日本語で記入してください。

留学生個人票

西暦 年 月 日

【志願者】 志願者の欄は本人が自筆で記入して下さい。

国籍	※ 1 パスポートと同じ表記 (大文字) で記入して下さい。 ※ 2 漢字のない場合は記入する必要はありません。			
氏名	姓 (Family Name)	名 (First Name, Middle Name)		性別 男・女
	フリガナ ※ 1	フリガナ		
	漢字 ※ 2			

【日本留学試験】 成績を利用する試験の年度、回、月と受験番号を記入して下さい。

年度 第	回 (月実施)	受験番号		*			*				
------	----------	------	--	---	--	--	---	--	--	--	--

【語学に関する資格等】 母国語以外の語学に関する資格等がある場合は、記入して下さい。

取得年月	資格等の名称	認定期間の名称	取得級位・スコア等
年 月			
年 月			

【保護者】

氏名	フリガナ	本人との関係	
住所	〒 TEL		

【在日保証人】

氏名	フリガナ	本人との関係	
住所	〒 TEL		
勤務先			
勤務先住所	〒 TEL		

【学費および生活費負担者】

氏名	フリガナ	本人との関係	
住所	〒 TEL		
勤務先			
勤務先住所	〒 TEL		

※ 3 上記志願者が貴大学に入学した際は、学費および生活費等について私が責任をもって負担いたします。

学費および生活費負担者署名 (自筆)



【家族状況】

氏名 (カタカナで記入)	続柄	年齢	職業	備考

2021年度 日本保健医療大学

健康診断書

フリガナ			性別	生年月日	
氏名			男・女	年 月 日	
現住所	〒 -		TEL ()		
診 断 事 項					
視力	左()	右()	具体的内容		
エックス線検査	エックス線像(年 月 日)		身体障害		
	異常なし 異常あり				
	所見				
	健康・要観察・要医療				
主な既往症			主な現在症	入学後の健康管理上注意すべき疾病と対処指針	
その他の特記事項					
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 住所(所在地) 電話番号 医療機関名 医師の氏名					

2021年度 日本保健医療大学

奨学生試験入学 決意書

※には記入しないでください。

受験 番号	※
----------	---

日本保健医療大学

学長 殿

年 月 日

奨学生として合格した場合、必ず本学に入学します。

また、卒業後は首都圏の所定の医療機関に4年間従事することを約束します。

記

フリガナ		
氏 名	Ⓔ	年 月 日生
現 住 所	〒 - TEL ()	
試 験 区 分	<input type="checkbox"/> 総合型選抜 <input type="checkbox"/> 学校推薦型選抜 <input type="checkbox"/> 一般選抜	
保護者氏名	Ⓔ	

※なお、奨学金貸与病院等に成績資料等の個人情報を提供することに同意します。

2021年度 受験生アンケート

このアンケートは、日本保健医療大学における今後の入試広報や入試改善のための資料とするもので、合否判定等には一切関係いたしませんので、是非ともご協力くださいますようお願いいたします。

記入後、願書に同封しご郵送ください。

の中に✓を記入してください。無記名で結構です。

Q1 あなたが志望校を選ぶ際のポイントはなんですか？(複数回答可)

- | | | |
|--|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 学びたい分野 | <input type="checkbox"/> 進路・就職実績 | <input type="checkbox"/> その他() |
| <input type="checkbox"/> 教授陣・カリキュラムの充実 | <input type="checkbox"/> 自宅から通える | |
| <input type="checkbox"/> 国際交流・留学制度 | <input type="checkbox"/> 入試制度 | |
| <input type="checkbox"/> 資格取得 | <input type="checkbox"/> 知名度 | |
| <input type="checkbox"/> 施設設備 | <input type="checkbox"/> 立地・生活環境(大都市が良い) | |
| <input type="checkbox"/> 奨学金制度 | <input type="checkbox"/> 家族・知人のアドバイス | |
| <input type="checkbox"/> 自分の学力に合っている | <input type="checkbox"/> 先生のアドバイス | |

Q2 本学を何で知りましたか？(複数回答可)

- | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 進学情報誌 | <input type="checkbox"/> 高校の先生 | <input type="checkbox"/> 塾・予備校の先生 |
| <input type="checkbox"/> 進学情報サイト | <input type="checkbox"/> 当大学のホームページ | <input type="checkbox"/> 新聞広告 |
| <input type="checkbox"/> 進学相談会 | <input type="checkbox"/> 家族・親戚 | <input type="checkbox"/> ポスター |
| <input type="checkbox"/> 高校の進路相談室 | <input type="checkbox"/> 友人・知人 | <input type="checkbox"/> その他() |

Q3 出願するきっかけとなったものは何ですか？(複数回答可)

- | | | |
|--------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 大学案内 | <input type="checkbox"/> 大学ホームページ | <input type="checkbox"/> オープンキャンパス |
| <input type="checkbox"/> 進学相談会 | <input type="checkbox"/> 受験雑誌() | <input type="checkbox"/> その他() |

Q4 本学を含め、何校の受験をお考えですか？

- | | | | | | |
|---------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| 国公立大学 | <input type="checkbox"/> 1校 | <input type="checkbox"/> 2校 | <input type="checkbox"/> 3校 | <input type="checkbox"/> 4校 | |
| 私立大学 | <input type="checkbox"/> 1校 | <input type="checkbox"/> 2校 | <input type="checkbox"/> 3校 | <input type="checkbox"/> 4校 | <input type="checkbox"/> 5校以上 |
| 国公立短期大学 | <input type="checkbox"/> 1校 | <input type="checkbox"/> 2校 | <input type="checkbox"/> 3校 | <input type="checkbox"/> 4校 | <input type="checkbox"/> 5校以上 |
| 専門学校 | <input type="checkbox"/> 1校 | <input type="checkbox"/> 2校 | <input type="checkbox"/> 3校 | <input type="checkbox"/> 4校 | <input type="checkbox"/> 5校以上 |

本学を含め、志望する大学名等をご記入ください。

大 学	学 部	学 科
(例)日本保健医療大学	保健医療学部	看護学科

Q5 日本保健医療大学に対するご希望、ご提案等がございましたらご自由にお書きください。

ご協力ありがとうございました。ご健闘をお祈りいたしております。