

令和8年度 入学願書

西日本教育医療専門学校長 様

全面のりづけ
写真(縦4cm×横3cm)
を貼り付けてください。
上半身・正面・脱帽
(6ヶ月以内撮影)
・スピード写真可
・白黒・カラーいずれも可

※太線枠のみ記入ください。

※入学料定額は郵便局の普通為替にて、20,000円を納入ください。

受験番号		該当する箇所に☑チェックをつけてください。		
志望学科	<input type="checkbox"/> こども未来学科(夜間)(CN)	入試区分	<input type="checkbox"/> 推薦(A)	受付日
	<input type="checkbox"/> 視能訓練士学科(E)		<input type="checkbox"/> 一般(B)	選考日
	<input type="checkbox"/> 医療事務管理士学科(M)		<input type="checkbox"/> 社会人特別(C)	
入試会場(第1回入試受験者のみチェック)		<input type="checkbox"/> 本校	<input type="checkbox"/> 鹿児島市	<input type="checkbox"/> 宮崎市
ふりがな	氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日生
			性別	申込日現在 歳
ふりがな	〒		自宅電話()	—
現住所			携帯電話()	—
出身高校	学校名	立	高等学校	科
			昭和・平成・令和 年 月 卒業・卒業見込	
最終学歴		大 学	学部	昭和 卒 業
		短期大学	学科	平成 年 月 卒業見込
		専門学校	学科	令和 卒業見込
取得資格	資格・検定名	級・段	※職歴がある方のみ記入してください。	
			勤務期間	勤務先名
			例)平成23年4月～平成28年3月(5年)	例)(株)〇〇社
職歴				

(切りとらないでください)

↓太枠の中のみご記入ください。

(切りとらないでください)

郵便はがき

料金後納
郵便

特定記録

住所	
氏名	様

受験上の
注意

9:00～9:30 受付

・遅刻しないように集合してください。(試験開始後30分以後の入場は認めません)
・面接は、順番により待ち時間が長くなる場合があります。
・スリッパ、靴袋は各自でご持参ください。

写真票

受験番号

*

受験学科名

ふりがな
受験生氏名

全面のりづけ
写真(縦4cm×横3cm)
を貼り付けてください。
上半身・正面・脱帽
(6ヶ月以内撮影)
・スピード写真可
・白黒・カラーいずれも可

令和8年度 受験票

受験番号

*

受験学科名

ふりがな

受験生氏名

1 試験日時： 年 月 日

(受付：午前9時～9時30分)

2 試験会場： 本校(熊本市) 鹿児島市 宮崎市

3 当日は、9時30分までに試験会場においでください。(受付9時開始)
4 受験当日は、本受験票を持参し、受付に提出してください。

※スリッパ、靴袋持参のこと。

年 月 日

〒862-0911

熊本市東区健軍3丁目50番21号

学校法人 清水学園

西日本教育医療専門学校入試係

TEL.(096)331-3301

領収印
入学検定料

↓太枠の中のみご記入ください。

令和8年度 推薦書

年 月 日

西日本教育医療専門学校長 様

学校名 _____

校長名 _____ (印)

下記の者、貴校専門課程の推薦基準に値しますので推薦いたします。

- こども未来学科(夜間)(3年課程)
 視能訓練士学科(3年課程)
 医療事務管理士学科(1年課程)

記

受験者氏名 _____

推薦理由

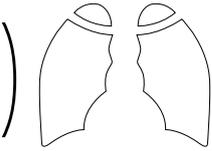
記載責任者

(印)

令和8年度 健康診断(証明)書

(社会人の方のみ)

		※受験番号			
ふりがな 氏名	生年月日		年	月	日生
	年齢	歳	性別		
本人住所	電話番号				

身長	. cm		血圧	/ mmHg		
体重	. kg		脈拍	回/分		
腹囲	. cm		検尿	蛋白	- · ± · 1+ · 2+ · 3+	
視力	裸眼視力 (矯正視力)			潜血	- · ± · 1+ · 2+ · 3+	
	右	(.)		糖	- · 1+ · 2+ · 3+	
左	(.)	心電図	所見	1 正常範囲内 2 あり 所見()		
聴力	右	1,000Hz	診療所見			
		4,000Hz				
	左	1,000Hz				
		4,000Hz				
胸部X線 検査	1 異常なし 2 あり 所見		健診実施日	年	月	日
	() 		発行日	年	月	日
			施設名			
住所						
		電話番号				
		医師名	(印)			