

(2020 年度)

※ 受付年月日	年	月	日
※ 受験年月日	年	月	日

AO入試エントリーシート(医療課程用)

※エントリー番号 _____ 号

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

今村学園ライセンスアカデミー学校長 殿

氏 名 _____ (印)

写真添付欄

縦 4.0cm×横 3.5cm

- ①上半身・無帽
- ②3カ月以内に撮影
- ③裏に氏名記入

AO選考希望日 (該当に○印)	8月4日	8月18日	9月1日
志望学科	柔道整復トレーナー学科		
本人	ふりがな 氏名		年齢 才 男・女 昭和 平成 年 月 日生
	現住所		郵便番号 電話番号
保護者	ふりがな 氏名		
担任	ふりがな 氏名		

*高等学校を2020年3月卒業見込みの者は、こちらから学校側に確認する必要があるため、担任名を記入してください。

*数字はアラビア数字で記入してください。

※印の欄は記入しないでください。

*ホームページ (<http://www.imamura.ac.jp/>) からも「AO入試エントリーシート」をダウンロードできます。

学歴・職歴・志望動機・自己PR等

出身校 (高等学校)	高等学校		
卒業年月日	年	月	日 (卒業・卒業見込)
高等学校 卒業後の学歴	年	月	学 歴

職歴	年	月	職歴
資格・免許等	年	月	資格・免許等
本校に入学を希望する動機			
特技・趣味			
自己PR			
将来の夢			