

一般推薦	指定校推薦	特待生入試

該当する欄に○印を付けてください。

※ 受験番号

記入日：平成 年 月 日

推薦書

北海道文教大学 学長 様

学校名

校長名



下記の者を貴学の推薦入学志願者として適格と認めますので推薦いたします。

記

推薦学科 (○印を付ける)	国際言語学科	理学療法学科	看護学科
	健康栄養学科	作業療法学科	こども発達学科
フリガナ			
氏名	男・女	生年月日	西暦 年 月 日生
推薦理由			
	記載責任者		



※印欄は記入しないでください。

切り取り線

自己推薦入試用

自己推薦書

受験番号	※
------	---

記入日：平成 年 月 日

北海道文教大学 学長 様

フリガナ	-----			男・女
氏名				
生年月日	西暦	年	月	日生
高等学校	高等学校			
	平成	年	月	卒業・卒業見込

志望学科 (○印を付ける)	国際言語学科	健康栄養学科
------------------	--------	--------

私は、自己推薦入学志願者として、貴学への入学を希望いたします。

<p>高等学校もしくは高等学校卒業後の学習活動や諸活動について</p>	-----

切り取り線

※印欄は記入しないでください。

2011年度

AO入学試験エントリーシート

志望学科	
------	--

フリガナ	性	男 ・ 女	生年 月 日	西暦	年	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 30px;"></div> 本学記入欄
氏名	別		月	月	日生	

連絡先	住所	〒□□□□-□□□□□□		都道府県	市町村
	電話番号	自宅	()	-	
		携帯	()	-	

出身高校	高等学校					科
	昭和・平成 年 月 日				卒業見込 卒業	
	学校所在地 〒□□□□-□□□□□□					
	電話番号 ()			-	FAX番号 ()	

資格・免許	昭和・平成 年 月 日
	昭和・平成 年 月 日
	昭和・平成 年 月 日
	昭和・平成 年 月 日
	昭和・平成 年 月 日

希望面談日と希望面談時間 ※P12「AO入学試験スケジュール表」参照

希望区分	コード	面談日	希望面談時間	本学記入欄
第1希望		月 日 ()		
第2希望		月 日 ()		

※ウラ面も記入してください。
 ※エントリー締切日までに郵送またはFAXで提出（必着）してください。

北海道文教大学 入試広報課

〒061-1449 北海道恵庭市黄金中央5丁目196番地の1 TEL (0123) 34-0160 FAX (0123) 34-1640

切り取り線

※ 受 験 番 号

志望学科 (○印を付ける)	国際言語学科	作業療法学科
	健康栄養学科	看護学科
	理学療法学科	こども発達学科

履 歴 書

平成 年 月 日現在

フリガナ				生年月日	西暦	年	月	日生	男・女
氏 名	(印)							(歳)	
現住所	□□□-□□□□			電話 () —					
学 歴	年 月			高等学校卒業					
	年 月								
	年 月								
	年 月								
職 歴	自	年	月						
	至	年	月						
	自	年	月						
	至	年	月						
	自	年	月						
	至	年	月						
	自	年	月						
至	年	月							
特記事項									

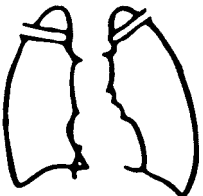
切
り
取
り
線

※印欄は記入しないでください。

※ 受験番号

- ※ 平成21年3月以前の高等学校卒業者、大学入学資格検定合格者のみ提出してください。
- ※ 平成22年3月卒業者、平成23年3月卒業見込者は提出の必要はありません。
- ※ 診断事項の記入にあたっては裏面注意事項を熟読してください。

平成23年度 北海道文教大学 入学志願者健康診断書

フリガナ		氏名		志望学科		判定		検査不要・要再検・要精密	
生年月日		西暦 年 月 日 男・女		学科					
現住所		出身学校							
診 断 事 項									
身長	. cm		体重	. kg		胸囲	. cm		
視力	左 ()	右 ()	色 神	正常・色弱・() 色盲()・全色盲					
エックス線検査	エックス線像			身 体 障 害	区 分	異常の有無			
	直接 (撮影年月日)				間 接 (撮影番号)	運 動	有 ・ 無		
	所見	健康・要観察・要医療			視 覚	有 ・ 無			
					聴 覚	有 ・ 無			
				異 常 的 内 容 場 合		有 ・ 無			
主な既往症	肺結核	オ	リウマチ	オ	主 な 現 在 症 (入学後の健康管理上注意すべき) 疾病の有無とその内容				
	その他の結核疾患	オ	小児まひ	オ					
	()	オ	てんかん	オ					
	気管支喘息	オ	神経症	オ					
	心疾患	オ	精神病	オ					
	腎疾患	オ	その他	オ					
その他									
診断の結果、上記のとおり相違ないことを証明する。									
平成 年 月 日									
住所(所在地) 医療機関名 医師の氏名									
(印)									

※印欄は記入しないでください。

切り取り線

記入上の注意

1. ※印欄は、記入しないでください。
2. 色神の欄は、正常、色弱、色盲の別に該当事項を○で囲んでください。
3. エックス線検査の欄については、直接撮影の場合は、撮影年月日を、間接撮影の場合は、撮影番号を記入してください。
4. 身体障害の欄の運動については、小児まひによるものを含むものとし、また、視覚については弱視等、聴覚については、難聴、言語については異常の有無を○でかこみその具体的内容を記入してください。
5. 主な既往症の欄は、該当疾患を○で囲み、罹患時の年齢を記入してください。例示以外の疾患でとくに重要と認められるものについては、その他の箇所に、疾患名および疾患時の年齢を記入してください。
6. その他特記事項の欄は、内部疾患運動障害および精神障害で、治療を要すると認められるもの、またはとくに注意を要すると認められるものを記入してください。
7. 検査方法等は、学校保健法施行規則の定めるところによります。