

< 入学志願票記入例 >

入学志願票

太枠内は、本校で記入しますので、空欄で提出してください。

希望する会場を選択してください。
但し、山梨・金沢・大阪・名古屋・福岡会場は1期のみです。
※AO入試の方は空欄で構いません。

受験期別を選択してください。

試験種別を選択してください。

第二志望の学科がない場合は、空欄で構いません。

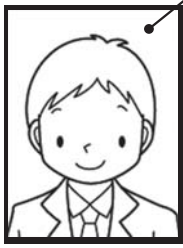
郵便物が確実に届くよう、建物名まで記入してください。

本人と全く同じ場合は「同上」でも構いません。

裏面に高校名と氏名を記入し、はがれないようしっかりと貼ってください。

必ず押印してください。

本人と全く同じ場合は「同上」でも構いません。

受験番号	※		フリガナ	コウクウ タロウ		性別	男	生年月日	西暦 2001 年
氏名	航空 太郎		フリガナ	トウキョウトスギナミクカミオギ		試験種別	<input checked="" type="checkbox"/> 1 期 <input type="checkbox"/> 2 期 <input type="checkbox"/> 3 期 <input type="checkbox"/> 4 期 <input type="checkbox"/> 5 期	<input type="checkbox"/> 〇 月 <input type="checkbox"/> 〇 日 (満 <input type="checkbox"/> 〇 歳)	
受験期・種別 (一箇所を選択)	<input checked="" type="checkbox"/> A 指学 <input type="checkbox"/> O 校推 <input type="checkbox"/> 社会人・大学生 <input type="checkbox"/> 一般		受験希望会場 (一箇所を選択) P.2参照	<input type="checkbox"/> 千歳 <input type="checkbox"/> 東京 <input type="checkbox"/> 能登		<input checked="" type="checkbox"/> 山梨 <input type="checkbox"/> 大阪 <input type="checkbox"/> 福岡	<input type="checkbox"/> 金沢 <input type="checkbox"/> 名古屋		
第一志望	航空整備		科	航空		科			
第二志望	空港技術		科	航空		科			
現住所	〒167-XXXX		東京都杉並区上荻 XX-XX 〇〇マンション 601 号						
電話	03-38XX-XXXX		携帯電話	090-XXXX-XXXX					
出身校	〇〇県立〇〇〇 高等学校		普通	科		西暦	2020 年 3 月	卒業 卒業見込	
出身校 2	〇〇大学 △△科		西暦		年 月		在学(年)	卒業	
保護者	氏名	航空 一郎		本人との続柄	父				
住所	フリガナ	同上							
電話	同上		携帯電話	090-XXXX-XXXX					

◎受験票は受付手続き終了後、返信用封筒にて送付いたします。なお、受験票の交付により、受験料の領収とします。

(記入上の注意事項)

1. 太枠内(※がつけられた項目)は記入しないでください。
2. 氏名、住所には必ずフリガナをつけてください。
3. 保護者欄には、必ず押印してください(記名押印があるものについては、保護者の同意のうえで出願と判断致します)。

ご不明な点はお問い合わせください。
日本航空専門学校 ☎ 0120-87-8622

受験番号	※	フリガナ	氏名	フリガナ	男女	生年月日	西暦	年	
								月	日生
受験期・種別 (一箇所を選択)				受験希望会場 (一箇所を選択) P.2参照				写真貼付欄 タテヨコ 4cm×3cm 1. 上半身脱帽正面 無背景 2. 3ヶ月以内に撮影したもの 3. カラーまたは白黒 4. 裏面に高校名および氏名を記入	
<input type="checkbox"/> 1 期	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> O	入	試	<input type="checkbox"/> 千歳	<input type="checkbox"/> 山梨	<input type="checkbox"/> 金沢		
<input type="checkbox"/> 2 期	<input type="checkbox"/> 指	<input type="checkbox"/> 学	校	推	<input type="checkbox"/> 東京	<input type="checkbox"/> 大阪	<input type="checkbox"/> 名古屋		
<input type="checkbox"/> 3 期	<input type="checkbox"/> 自	<input type="checkbox"/> 己	推	薦	<input type="checkbox"/> 能登	<input type="checkbox"/> 福岡			
<input type="checkbox"/> 4 期	<input type="checkbox"/> 社	<input type="checkbox"/> 会	人	・					
<input type="checkbox"/> 5 期	<input type="checkbox"/> 一		大	学					
			生	卒					
第一志望							科		
第二志望							科		
現住所	フリガナ								
	〒								
	電 話				携 帯 電 話				
出身校	高等学校						西暦	卒業	
							年	月	
							卒業見込		
	※キャンパス名・校舎名(通信制高校含む)がある方は、右に記入してください()								
出身校2	※高等学校既卒で他の学校に在学中、卒業した方、または高卒認定の方のみ記入してください。						西暦	在学(年)	
							年	月	
							卒業		
保護者	氏 名				印	本人との			
					続	柄			
	住 所	フリガナ							
	〒								
	電 話				携 帯 電 話				

◎受験票は受付手続き終了後、返信用封筒にて送付いたします。なお、受験票の交付により、受験料の領収とします。

(記入上の注意事項)


1. 太枠内(※がつけられた項目)は記入しないでください。
2. 氏名、住所には必ずフリガナをつけてください。
3. 保護者欄には、必ず押印してください(記名押印があるものについては、保護者の同意のうえで出願と判断致します)。

推薦書

2020年度

どちらかに ○印を付けて ください	指定校推薦	学校推薦	西暦 年 月 日
日本航空専門学校学長殿 学校名 _____ 校長名 _____ 印			
下記の生徒は本校在学中、人物・学力・部活動などにおいて優秀であり、 貴校の教育を受けるに適格と認め推薦します。			
フリガナ			
氏名			
人物評価 (特に際立つ項目を ○で囲んでください)	明朗 温厚 粘り強い 協調性 積極性 責任感 向上心		
課外活動			
資格、特技			
記載責任者	(印)		

キ
リ
ト
リ

フリガナ		生年月日						
氏名		西暦 年 月 日生						
診 断 事 項								
身長	c m			体重	k g			
色覚異常	無・有 ()	視力	右	裸眼	矯正	左	裸眼	矯正
			
エックス線検査	 直接間接 (撮影年月日・撮影番号)			聴力(数値記入)	1000 Hz	右	dB	
					1000 Hz	左	dB	
					4000 Hz	右	dB	
					4000 Hz	左	dB	
所見	健康・要観察・要治療							
主な既往症	・心臓疾患 (病名) 才 ・腎臓疾患 (病名) 才 ・甲状腺疾患 (病名) 才 ・精神疾患 (病名) 才 ・皮膚疾患 (病名) 才 ・その他 ()	・糖尿病 (病名) 才 ・川崎病 (病名) 才 ・てんかん (病名) 才 ・貧血 (病名) 才 ・気管支喘息 (病名) 才 ・肺気胸 (病名) 才 ・脊柱側弯 (病名) 才 ・腰痛 (病名) 才	主な現在病					
特記事項	入学後の健康管理上、注意すべき疾患の有無とその内容							
診断の結果上記の通り相違ないことを証明する。 西暦 年 月 日 <div style="text-align: right;">(医療機関名・医師氏名・印)</div>								

キリトリ

- 注)
1. 学生生活上及び寮生活上支障がある場合、別途健康診断書を提出してください。
 2. 色覚異常者については、必ず報告をしてください。
 3. 視力は両眼 1.0 以上 (矯正可) であることが望ましい。
 4. 1つの医療機関で診断事項を満たさなかった場合は、本票をコピーまたは HP からダウンロードし複数枚の診断票を提出してください。
 5. 健康診断書は 6 ヶ月以内に受診したものとする。