

< 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	西暦	2002	年	
		氏名	航空 太郎		性別	男	生年	〇	月	〇	日生
					性別	女	生年	(満	〇	歳)	
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						
1期	<input checked="" type="checkbox"/>	A日程	<input type="checkbox"/>	B日程	<input type="checkbox"/>	A	<input type="checkbox"/>	O	<input type="checkbox"/>	入	試験
2期	<input type="checkbox"/>	A日程	<input type="checkbox"/>	B日程	<input checked="" type="checkbox"/>	指	<input type="checkbox"/>	定	<input type="checkbox"/>	校	推薦
3期	<input type="checkbox"/>	A日程	<input type="checkbox"/>	B日程	<input type="checkbox"/>	学	<input type="checkbox"/>	校	<input type="checkbox"/>	推	薦
4期	<input type="checkbox"/>	A日程	<input type="checkbox"/>	B日程	<input type="checkbox"/>	自	<input type="checkbox"/>	己	<input type="checkbox"/>	推	薦
					<input type="checkbox"/>	社	<input type="checkbox"/>	会	<input type="checkbox"/>	人	・大
					<input type="checkbox"/>	一	<input type="checkbox"/>	般	<input type="checkbox"/>	卒	校
					<input type="checkbox"/>	千	<input type="checkbox"/>	歳	<input checked="" type="checkbox"/>	山	梨
					<input type="checkbox"/>	東	<input type="checkbox"/>	京	<input type="checkbox"/>	大	阪
					<input type="checkbox"/>	能	<input type="checkbox"/>	登	<input type="checkbox"/>	福	岡
					<input type="checkbox"/>	金	<input type="checkbox"/>	沢	<input type="checkbox"/>	名	古
					<input type="checkbox"/>	名	<input type="checkbox"/>	古	<input type="checkbox"/>	名	古
第一志望	航空整備 科										
第二志望	空港技術 科										
現住所	フリガナ トウキョウトスギナミクカミオギ										
現住所	〒167-XXXX										
現住所	東京都杉並区上荻 XX-XX 〇〇マンション 601号										
現住所	固定電話	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 2021年3月 卒業										
出身校	※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(卒業見込)										
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。										
出身校2	〇〇大学△△科 西暦 年 月 卒業 在学(年)										
保護者	氏名	航空 一郎				本人との続柄	父				
保護者	住所	同上									
保護者	固定電話	同上				携帯電話	090-XXXX-XXXX				

◎受験票は受付手続き終了後、レターパックプラス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)。
4. 黒のボールペンで記入(消えるボールペン不可)

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	男・女	生年月日	西暦	年
	氏名				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
1期	<input type="checkbox"/> A日程 <input type="checkbox"/> B日程	<input type="checkbox"/> A O 入 試	<input type="checkbox"/> 千歳	<input type="checkbox"/> 山梨	<input type="checkbox"/> 金沢	
2期	<input type="checkbox"/> A日程 <input type="checkbox"/> B日程	<input type="checkbox"/> 指 定 校 推 薦	<input type="checkbox"/> 東京	<input type="checkbox"/> 大阪	<input type="checkbox"/> 名古屋	
3期	<input type="checkbox"/> A日程 <input type="checkbox"/> B日程	<input type="checkbox"/> 学 校 推 薦	<input type="checkbox"/> 能登	<input type="checkbox"/> 福岡		
4期	<input type="checkbox"/> A日程 <input type="checkbox"/> B日程	<input type="checkbox"/> 自 己 推 薦				
	<input type="checkbox"/> 社会人・大学生	<input type="checkbox"/> 一 般				
第一志望	科					
第二志望	科					
現住所	フリガナ					
	〒					
	固定電話		携帯電話			
出身校	高等学校 科 西暦 年 月 卒業 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 年 月 在学(年) 卒業					
保護者	氏名				本人との 続柄	
	住所	フリガナ				
		〒				
	固定電話		携帯電話			

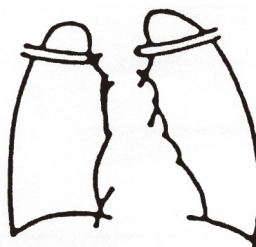
◎受験票は受付手続き終了後、レターパックプラスにて送付いたします。なお、受験票の交付により、受験料の領収とします。

(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)。
4. 黒のボールペンで記入(消えるボールペン不可)

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	 <p style="text-align: center;">直接間接 (撮影年月日・撮影番号)</p>			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								
(医療機関名・医師氏名・印)								

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。