

< 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（総合型選抜）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。

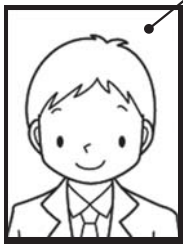
郵便物が確実に届くよう、建物名まで記入してください。

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。

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	西暦	2003	年
氏名	航空 太郎				生年月日	○	月	○	日生
								(満 ○ 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"/> AO入試(総合型選抜)		<input type="checkbox"/> 千歳	<input checked="" type="checkbox"/> 山梨	<input type="checkbox"/> 金沢		
2期	<input type="checkbox"/> A日程	<input type="checkbox"/> B日程	<input checked="" 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	<input type="checkbox"/> WEB		
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・大学生枠					
				<input type="checkbox"/> 一					
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								
	〒 167-XXXX								
	東京都杉並区上荻 XX-XX ○○マンション 601号								
	固定電話	03-38XX-XXXX			携帯電話	090-XXXX-XXXX			
	メールアドレス	taroukouku@xxxxx.xx.jp							
出身校	○○県立○○○高等学校		普通	科	西暦	2022	年	3	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	○○大学△△科				西暦		年		月
					在学(年)	卒業			
※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。									
保護者	氏名	航空 一郎			本人との続柄	父			
	住所	フリガナ							
		〒							
		同上							
	固定電話	同上			携帯電話	090-XXXX-XXXX			
	メールアドレス	ichiroukouku@xxxxx.xx.jp							

◎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)
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。

☎0120-87-8622

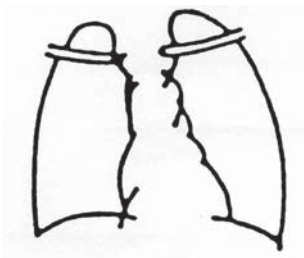
受験番号	※	フリガナ	男・女	生年月日	西暦	年
	氏名				月	日生
受験期・種別 (一箇所を選択)			受験希望会場 (一箇所を選択) P.2参照			写真貼付欄 タテヨコ 4cm×3cm 1. 上半身脱帽正面 無背景 2. 3ヶ月以内に撮影したもの 3. カラーまたは白黒 4. 裏面に高校名および氏名を記入
1期	<input type="checkbox"/> A日程 <input type="checkbox"/> B日程	<input type="checkbox"/> AO入試(総合型選抜) <input type="checkbox"/> 指定校推薦 <input type="checkbox"/> 学校推薦 <input type="checkbox"/> 自己推薦 <input type="checkbox"/> 社会人・大学生 <input type="checkbox"/> 一般	<input type="checkbox"/> 千歳 <input type="checkbox"/> 山梨 <input type="checkbox"/> 金沢	<input type="checkbox"/> 東京 <input type="checkbox"/> 大阪 <input type="checkbox"/> 名古屋	<input type="checkbox"/> 能登 <input type="checkbox"/> 福岡 <input type="checkbox"/> WEB	
2期	<input type="checkbox"/> A日程 <input type="checkbox"/> B日程					
3期	<input type="checkbox"/> A日程 <input type="checkbox"/> B日程					
4期	<input type="checkbox"/> A日程 <input type="checkbox"/> B日程					
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	
	メールアドレス					
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	
メールアドレス						

◎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)
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				
日本航空大学校学長殿							
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)						

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	 (撮影年月日)			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。
 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. 健康診断票は 6 ヶ月以内に受診したものとする。