

< 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。

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 2004 年
氏名		航空 太郎		〇月 〇日生		(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"/> 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 〇〇マンション 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	〇〇県立〇〇〇 高等学校		普通	科	西暦 2022 年 3 月	卒業	卒業見込	
<small>※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。</small>								
出身校2	〇〇大学△△科				西暦	在学(年)	卒業	
<small>※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。</small>								
保護者	氏名	航空 一郎		本人の続柄	父			
	住所	フリガナ 同上						
		〒 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

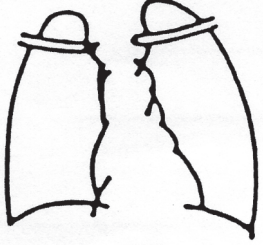
受験番号	※	フリガナ				男・女	生年月日	西暦	年
		氏名						月	日生
		受験期・種別 (一箇所を選択)			受験希望会場 (一箇所を選択) P.2参照			写真貼付欄 タテヨコ 4cm×3cm 1. 上半身脱帽正面 無背景 2. 3ヶ月以内に 撮影したもの 3. カラーまたは白黒 4. 裏面に高校名および 氏名を記入	
1期	<input type="checkbox"/> A日程	<input type="checkbox"/> B日程	<input type="checkbox"/> AO入試(総合型選抜)	<input type="checkbox"/> 千歳	<input 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	<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 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				
	メールアドレス								
出身校	高等学校					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				印	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 北海道 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)	1000Hz	右	dB		
						4000Hz	左	dB		
	所見	健康・要観察・要治療					4000Hz	右	dB	
							4000Hz	左	dB	
主な既往症	・心臓疾患 (病名) 才		・糖尿病 (病名) 才		主な現在病					
	・腎臓疾患 (病名) 才		・川崎病 (病名) 才							
	・甲状腺疾患 (病名) 才		・てんかん (病名) 才							
	・精神疾患 (病名) 才		・貧血 (病名) 才							
	・皮膚疾患 (病名) 才		・気管支喘息 (病名) 才							
	・その他 ()		・肺気胸 (病名) 才							
			・脊柱側弯 (病名) 才							
			・腰痛 (病名) 才							
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)										

- 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) 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. 健康診断票は 6ヶ月以内に受診したものとする。