

受験番号

※

※記入不要

【再進学支援制度】 申 込 書

学校法人青丹学園
関西学研医療福祉学院
学院長 殿

私は下記のいずれかの条件を満たしていますので、「再進学支援制度」に申し込みします。

志望学科 (いずれかに○)	介護福祉学科 ・ 作業療法学科 ・ 理学療法学科 ・ 言語聴覚学科				
いずれか該当する方に☑した上で、詳細を記入してください。					
<input type="checkbox"/> 平成30年3月に大学(院)を卒業見込み、または平成25年3月以降に卒業した者。 (年 月に 大学(院)を <input type="checkbox"/> 卒業見込み <input type="checkbox"/> 卒業) ★出身大学の卒業(見込)証明書を同封してください。					
<input type="checkbox"/> 社会人経験が計5年以上、且つ、継続して1年以上の勤務経験がある者。 ※ただし1年未満の契約による退職は可/下記の備考欄にその旨記載のこと ※パート・アルバイトを含む(週20時間以上勤務)					
職 歴	勤務先の名称	雇用形態	期 間		備考
			年 月～	年 月(年 カ月間)	
			年 月～	年 月(年 カ月間)	
			年 月～	年 月(年 カ月間)	
			年 月～	年 月(年 カ月間)	
			年 月～	年 月(年 カ月間)	
合 計			年 カ月間		

以上、記載事項に相違ありません。

平成 年 月 日

氏 名

印

本申込書は入学志願書提出の際に同封してください。