

有資格者の方は資格証及び免許証のコピーを貼り付けてください。

資格書及び 免許書コピー貼付け欄

（切りはなさないで下さい）

日曜集中コース受験票

受験番号	※
ふりがな	
氏名	
有資格者対象 日曜集中コース	●希望に○をしてください。 4月生 10月生
面接試験 希望日	※注3参照 年 月 日 12:00～
会場	※

- 注1. ※部分は記入しないでください。
注2. 4月生・10月生いずれかに○印のこと。
注3. 別紙「入学試験日程」から面接試験希望日を選び記入してください。
注4. 試験当日は、本状(受験票)を持参の上、開始10分前までに
おいでください。
注5. 選考料として1万円。

日曜集中コース受験票(本学院用)

受験番号	※
ふりがな	
氏名	
有資格者対象 日曜集中コース	●希望に○をしてください。 4月生 10月生
試験日	※ 年 月 日 12:00～
会場	※
※	※
選考料領収印	検印

（切りはなさないで下さい）

入学願書

国際整体技術学園

日本カイロプラクティックドクター専門学院

学長 小倉 毅 殿

今般貴校に入学を希望いたしますので、何卒許可くださる様、
関係書類を添えて出願いたします。

写真貼付
(3×3)

正面上半身、脱帽

平成 年 月 日

カイロプラクティック学科		希望コース (どちらかに○をしてください。)					
有資格者対象日曜集中コース (東京本校のみ)		4月・10月 (入学希望月に○をしてください。)			推薦入試・一般入試 (どちらかに○をしてください。)		
ふりがな	氏名	男 女	生 年 月 日	年 月 日 (歳)	身長	cm	血液型
					体重	kg	
現住所	(〒)	TEL					
最終学歴	校名	専・短・大					
	部	学科	年 月	卒業・卒業見込・中退 (学年)			
勤務先	勤務先住所						
独立開業 されている方	開業院名	住所					
現在持っている資格				趣味	特技		
当学院をお知りになった媒体	1・雑誌 () 2・専門学校・資格ガイド 3・医療系ガイド 4・ポスター 5・看板 6・ホームページ 7・ダイレクトメール 8・当学院OBからの紹介 9・家族又は知人の紹介 10・勤務先からの紹介 11・その他 ()						
当学院を選んだ理由をお聞かせください。 (複数可)	1・カイロプラクティックの治療を受けたことがあるから 2・教育内容・設備の充実度 3・講師の充実度 4・カリキュラム内容 5・将来性 6・開業成功率が高そうだから 7・アメリカ研修があるから 8・学費が手頃だから 9・当学院OBからの紹介 10・家族知人の紹介 11・手技療法の技術を高めたいから 12・その他 ()						

●家族構成 (本人を除く・世帯主の場合は家族名)

続柄	氏名	年齢	続柄	氏名	年齢

※学校記入欄

(有資格者の方は資格証及び免許証のコピーを推薦書の裏面に貼り付けてください。)

