

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	※

## 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	※

（切りはなさないで下さい）

- 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。

※	※
選考料領収印	検印

# 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。

平成 年 月 日

写真貼付  
(3×3)

正面上半身、脱帽

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						
現在持つ 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。)



# 自己推薦書

国際整体技術学園

平成 年 月 日

日本カイロプラクティックドクター専門学校 学長 小倉 毅 殿

私は貴校に入学を希望しており、下記の自己PR文を記入し出願します。

【自己PR文】

---

---

---

住所

氏名



-----<切りはなさないで下さい>-----

↑  
へ  
切  
り  
は  
な  
さ  
な  
い  
で  
下  
さ  
い  
↓