

公募推薦書

西暦 年 月 日

高等学校名

下記の者を

学校長名

職
印

貴学院

作業療法学科(昼間部)
理学療法学科(昼間部)
理学療法学科(夜間部)
看護学科(全日制)
介護福祉学科(昼間部)
デジタルリユース学科(昼間部)

に推薦します。

※希望学科を○で囲んで下さい。

ふりがな		生年月日	西 暦 年 月 日 (歳)
氏 名			
<p>〈推薦理由〉 (志望学科に対する適性、学習状況、人物概評、課外活動状況などについてご記入下さい。) ※枠内に貼付する場合は必ず割印をお願いします。</p>			
<p>〈特記事項〉 (生徒会活動、部活動、各種大会の記録、表彰、各種検定などがありましたらご記入下さい。) ※枠内に貼付する場合は必ず割印をお願いします。</p>			

印

印

※受験番号(記入しない)

入 学 確 約 書

九州中央リハビリテーション学院

学院長 河 野 文 夫 殿

私は、 $\left\{ \begin{array}{l} \square \text{公募推薦入学試験} \\ \square \text{自己推薦入学試験(A ・ B ・ C ・ D ・ E ・ F)} \\ \square \text{社会人入学試験(A ・ B ・ C ・ D ・ E ・ F)} \end{array} \right\}$ において、
※受験する試験に○をつけて下さい。

第一希望学科に合格した場合、貴学院に入学することを確約します。

西暦 年 月 日

住 所

氏 名

写真票

※受験する試験に○印を付けて下さい。

2025年度

公募推薦入学試験

特待生チャレンジ（指定校・公募推薦入試合格者向け）

一般選抜試験（Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ）

自己推薦入学試験（Ａ・Ｂ・Ｃ・Ｄ・Ｅ・Ｆ）

社会人入学試験（Ａ・Ｂ・Ｃ・Ｄ・Ｅ・Ｆ）

受験学科コース

第一希望学科を○で囲んで下さい。

※受験番号（記入しない）

OT・PT昼・PT夜・Ns・CW・DS

ふりがな

男・女

氏名

男・女

西暦

年

月

日生（歳）

写真貼付

1.上半身・正面・脱帽
2.3ヶ月以内に撮影したもの
3.縦4cm、横3cmの大きさ
4.写真裏に氏名を明記
5.※は記入しない

九州中央リハビリテーション学院

受験票

※受験する試験に○印を付けて下さい。

2025年度

公募推薦入学試験

特待生チャレンジ（指定校・公募推薦入試合格者向け）

一般選抜試験（Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ）

自己推薦入学試験（Ａ・Ｂ・Ｃ・Ｄ・Ｅ・Ｆ）

社会人入学試験（Ａ・Ｂ・Ｃ・Ｄ・Ｅ・Ｆ）

受験学科コース

第一希望学科を○で囲んで下さい。

※受験番号（記入しない）

OT・PT昼・PT夜・Ns・CW・DS

ふりがな

男・女

氏名

男・女

西暦

年

月

日生（歳）

※入試時間は、各試験ごとに入学試験日時間割に示される時間割を参照下さい。

1. 本票は必ず携帯すること。
2. 面接時の遅刻者は受験できない。
3. 入室後は、監督者の指示に従う。
4. ※は記入しない。

九州中央リハビリテーション学院

2025年度
受験料振込依頼書

依頼日	年	月	日	振込指定	電信扱
振込先	銀行名	店名	預金種類	口座番号	金額
	〇熊本銀行	中央支店	普通	2224479	振込手数料 (消費税を含みます)
口座名	〇熊本第一信用金庫	本店	普通	1150709	振込金
所在地	リッショクアケン キュウシュウチュウオウリハビリテーション・ガクイン 学校法人 九州中央リハビリテーション学院 立志学園 熊本県熊本市中央区本山3丁目3番84号				
電話番号	(096) 322-2200				
フリガナ					
氏名					
住所					
電話番号	() () ()				

受取人

依頼人

取扱金融機関へお願い

①②③に出納印を押印のうえ、本票以外を依頼人へお渡し下さい。



(取扱金融機関で切りはなしてください)

2025年度
受験料振込金受取書・振込受付書
(兼振込手数料受取書) (本人保管用)

依頼日	年	月	日	金額	振込先	受取人	依頼人
	万	千	百	十	円	〇熊本銀行	中央支店
	〇	〇	〇	〇	〇	〇熊本第一信用金庫	本店
	〇	〇	〇	〇	〇	リッショクアケン キュウシュウチュウオウリハビリテーション・ガクイン 学校法人 九州中央リハビリテーション学院 立志学園 電話 (096) 322-2200	
お振込手数料(消費税を含みます)							
振込金				現金・当座小切手等			
受取区分				預金払戻請求書・口座振替			

収 入
印 紙



(振込後本人が切りはなしてください)

2025年度
受験料振込証明書
(学院へ提出用)

受験学科コース	※受験番号(記入しない)	令和	年	月	日
OT・PT昼・PT夜・Ns・CW・DS		万	千	百	十
		〇	〇	〇	〇
金額	円	〇	〇	〇	〇
振込先	〇熊本銀行	中央支店	〇熊本第一信用金庫	本店	
受取人	リッショクアケン キュウシュウチュウオウリハビリテーション・ガクイン 学校法人 九州中央リハビリテーション学院 立志学園 電話 (096) 322-2200				
依頼人					



九州中央リハビリテーション学院
2025年度入学願書

西暦 年 月 日 記入

受験番号	※記入しない	高等学校名	高等学校	卒業見込 卒業
------	--------	-------	------	------------

ふりがな			男・女
氏名	(姓)	(名)	
生年月日	西暦 年 月 日 生 (歳)		
現住所	ふりがな		
	〒 () TEL () -		
合格 通知先 <small>※現住所と 違う場合 のみ記載</small>	ふりがな		
	〒 () TEL () - (様方)		

写真貼付

1. 上半身・正面・脱帽
2. 3ヶ月以内に撮影したもの
3. 縦4cm、横3cmの大きさ
4. 写真裏に氏名を明記

・希望する試験種別に○印をつけて下さい。

	公募推薦	
	特待生チャレンジ	(指定校・公募推薦入試合格者向け) (出願期間: 11月27日(水)～12月11日(水))
	一般選抜	I・II・III
	自己推薦	A・B・C・D・E・F
	社会人	A・B・C・D・E・F

・希望する学科に○印をつけて下さい。

※第2ないし第3希望の学科に合格となった場合、入学を確約する必要はありません。

〈第1希望〉	〈第2希望〉	〈第3希望〉
作業療法学科	作業療法学科	作業療法学科
理学療法学科	理学療法学科	理学療法学科
理学療法学科夜間部	理学療法学科夜間部	理学療法学科夜間部
看護学科	看護学科	看護学科
介護福祉学科	介護福祉学科	介護福祉学科
デジタルソリューション科	デジタルソリューション科	デジタルソリューション科

・本院の本年度入学試験再受験の方は、受験した試験名をご記入下さい。

入学試験

履 歴 書

学 歴（中学より記入）			
西暦	年	月	中学 卒業
西暦	年	月	高等学校 入学
西暦	年	月	高等学校 卒業見込 卒業
西暦	年	月	
西暦	年	月	

職 歴（勤務先など）			
西暦	年	月	
西暦	年	月	
西暦	年	月	
西暦	年	月	
西暦	年	月	

そ の 他	
得意教科	
特技・免許など	
趣味・スポーツなど	
志望動機	