

九州中央リハビリテーション学院

学院長 河野 文夫 殿

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
氏名					(歳)
〈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。						
〈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。						

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	
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

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 中央支店	金額	0 0 0 0
口座名	熊本銀行	振込手数料 (消費税を含みます)	0 0 0 0
所在地	熊本第一信用金庫	振込金	現金・当座小切手等
電話番号	九州中央リハビリテーション学院 立志学園 九州中央リハビリテーション学院 熊本県熊本市中央区本山3丁目3番84号 (096) 322-2200	受取区分	預金払戻請求書・口座振替
フリガナ			
氏名			
住所			
電話番号			

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。



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	
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

受験料振込証明書

(学院へ提出用)

受験学科コース OT・PT昼・PT夜・Ns・CW・DS	※受験番号(記入しない)	依頼日	年 月 日
金額	万円 千円 百円 十円 円	振込先	中央支店
振込先	熊本銀行	店	本 店
受取人	熊本第一信用金庫	受取人	九州中央リハビリテーション学院 立志学園 九州中央リハビリテーション学院 熊本県熊本市中央区本山3丁目3番84号 電話 (096) 322-2200
依頼人			



(取扱金融機関で切りはなして下さい)

(振込後本人が切りはなして下さい)



収入紙印

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。

<input type="checkbox"/>	公募推薦
--------------------------	------

<input type="checkbox"/>	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))
--------------------------	---

<input type="checkbox"/>	一般選抜	I・II・III
--------------------------	------	----------

<input type="checkbox"/>	自己推薦	A・B・C・D・E・F
--------------------------	------	-------------

<input type="checkbox"/>	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〉

作業療法学科	<input type="checkbox"/>
理学療法学科	<input type="checkbox"/>
理学療法学科夜間部	<input type="checkbox"/>
看護学科	<input type="checkbox"/>
介護福祉学科	<input type="checkbox"/>
デジタルソリューション科	<input type="checkbox"/>

〈第2希望〉

作業療法学科	<input type="checkbox"/>
理学療法学科	<input type="checkbox"/>
理学療法学科夜間部	<input type="checkbox"/>
看護学科	<input type="checkbox"/>
介護福祉学科	<input type="checkbox"/>
デジタルソリューション科	<input type="checkbox"/>

〈第3希望〉

作業療法学科	<input type="checkbox"/>
理学療法学科	<input type="checkbox"/>
理学療法学科夜間部	<input type="checkbox"/>
看護学科	<input type="checkbox"/>
介護福祉学科	<input type="checkbox"/>
デジタルソリューション科	<input type="checkbox"/>

・本学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	

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	