高崎健康福祉大学

AO 様式１

ＡＯ相談申込シート

相談申込番号	※

志望学科 (いずれか1つに○)	１．医療情報学科　２．社会福祉学科　３．健康栄養学科 ４．薬学科　５．看護学科　６．理学療法学科 ７．子ども教育学科　８．生物生産学科			**写真貼付** （縦 4cm×横 3cm） 1.3ヶ月以内に撮影 正面・上半身無帽 2.裏面に氏名を記入 して枠内に貼付
フリガナ		性　別	生　年　月　日	
氏　　名		男・女	年　　月　　日	
現 住 所	〒 TEL（　　）　　－　　携帯（　　）　　－			

出身高校等（○で囲む）	高 校 名	高等学校
	卒業年月	年　　月　　卒業・卒業見込
	高校課程	全日制　　定時制　　通信制　　高校以外
	高校学科	普通　商業　工業　農業　家庭　情報　理数　総合学科　その他
	高校以外	高等学校卒業程度認定試験等　文部科学大臣の指定した者　高専３年修了　その他

資格・趣味・その他特記事項

資　　格	
趣　　味	
志望理由	１．本学について
	２．志望学科について
相談事項	志望学科、取得資格、学生生活、進路等で相談したいことを記入してください
その他 特記事項	

高等学校確認証明（卒業見込みの者のみ）

上記のとおり、本人が貴学の AO 相談に申し込むことを確認します。

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿高等学校　　担任　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

(注) １．必ず本人が記入すること。　　２．※欄は記入しないこと。