

2026年度 入学者選抜【自己推薦選抜のみ】

東京保健医療専門職大学 入学志願票

自己推薦選抜

受験番号

※本学にて記載

写真貼付欄

縦4cm×横3cm
正面上半身無帽
背景なし
3ヶ月以内に撮影

専願/併願	専願 ・ 併願 ※専願または併願に○をつけてください	試験日	※希望の試験日をご記入ください
志望学科	理学療法学科 ・ 作業療法学科 ※志望する学科に○をつけてください		

フリガナ			
氏名		生年月日	年 月 日
現住所	〒 ☎ ☎		
書合格送付通知	〒 ☎ ☎		

出身校	所在地	高等学校		
	課程		学科	
	高等学校等コード	※本学にて記載	卒業(見込)年月	

※入学手続きにかかる経済的ご負担を軽減するため併願校の状況をご教示ください。
※諸手続きを柔軟に対応いたします。なお、志望度によって合否に影響を与えることは全くありません。

志望度	Q1. 本学への志望度を教えてください。 ☐ 第1志望 ☐ 第2志望 ☐ 第3志望以下 ☐ 未定 Q2. ※第1志望以外を選んだ方へ 本学以外に併願(または出願予定)の大学・短大・専門学校を教えてください。 ・併願校: 大学/専門学校(試験日:) ・併願校: 大学/専門学校(試験日:)
-----	--

※以下、既卒生の方は高等学校卒業後の履歴・職歴等をご記入ください。

西暦	年 月 ~ 年 月	
西暦	年 月 ~ 年 月	

※ 記入例 2020年4月 ~ 2023年3月 東京都立東京第一高等学校 卒業
2023年4月 ~ 2025年現在 株式会社東京 在職