

志 願 票

志望学科 (○で囲む)		看護学科		栄養学科		受験番号	*	
						試験場	本 学	
志 願 者	フリガナ 氏 名	(姓)	(名)	性別	男・女	年齢	歳	写真貼付 3ヶ月以内に撮影したもので、無帽上半身のもの 写真裏面に氏名を記入のこと (写真票と同じもの) 4 cm × 3 cm
	住所	〒 - TEL() -		生年月日	西暦	年	月 日生	
出身高等学校等	高校等コード番号			学校名	高等学校			
	課 程	全日制・定時制・通信制・その他		学 科	普通科・科			
	卒業年	西暦 年 卒業見込		学 科	西暦 年 入学			

- 【注意】
- ①太枠内に本人が記入してください。
 - ②裏面に振替払込受付証明書（お客さま用）を貼ってください。
 - ③* 欄は記入しないでください。
 - ④携帯電話などの電話番号は、緊急連絡時に用います。（所持している人のみ記入）
 - ⑤志願票、受験票、写真票の志望学科欄及び期別欄に○をつけてください。

ここで折り曲げる(切り離さない)

受 験 票

(学校推薦型選抜入学試験【公募制】用)

受験番号	*	
志望学科 (○で囲む)	看護学科	栄養学科
フリガナ 氏 名	(姓)	(名)
試験日	2019年11月16日(土)	
<p>開場時間…8:30 集合時間…9:10(厳守)</p> <p>※試験時間割は学生募集要項で確認してください。</p>		
試験場	本 学	

【注意】裏面の注意事項を必ず確認してください。

*
出願書類
受付印

写 真 票

(学校推薦型選抜入学試験【公募制】用)

受験番号	*	
志望学科 (○で囲む)	看護学科	栄養学科
フリガナ 氏 名	(姓)	(名)

切り離さないこと

写真貼付
3ヶ月以内に撮影したもので、無帽上半身のもの
写真裏面に氏名を記入のこと
(志願票と同じもの)
4 cm × 3 cm

出欠確認

*
*

- 【注意】
- ①太枠内に本人が記入してください。
 - ②* 欄は記入しないでください。

の り

振替払込受付証明書（お
客さま用）を貼ること。
領収日付印の無いものは
無効です。

の り

ここで折り曲げる(切り離さない)

切り
離さ
ない
こと

【注意】

- ① 太枠内に本人が記入してください。
- ② * 欄は記入しないでください。
- ③ 試験時間割の集合時間までに試験室に入室してください。
- ④ 本票を必ず持参してください。忘れた場合は試験実施本部の指示を受けてください。
- ⑤ 昼食を持参してください。
- ⑥ 「受験にあたっての注意事項」を必ず確認してください。
- ⑦ 試験当日に公共交通機関の事故・遅れ、災害など不測の事態が生じた場合は、本学事務局（進路支援課）までご連絡ください。TEL(011)792-3350
- ⑧ 試験場では携帯電話の電源を切ってください。

志 願 票

受験 番号	*
----------	---

志望学科	保健医療学部 栄養学科
------	-------------

志 願 者	フリガナ 氏 名	(姓)	(名)	性別	男・女	年齢	歳	写真貼付 3ヶ月以内に撮影 したもので、無帽 上半身のもの 写真裏面に氏名を 記入のこと (写真票と同じもの) 4 cm × 3 cm
	住 所	〒 - TEL() -		生年月日	西暦	年	月 日生	
出身高等学校等	高校等コード番号			学校名	高等学校			
	課 程	全日制・定時制・通信制・その他		学 科	普通科・科			
	卒業年	西暦	年	卒業見込	西暦	年	入学	

- 【注意】①太枠内に本人が記入してください。ただし、高校等コード番号は記入しないでください。
 ②裏面に振替払込受付証明書（お客さま用）を貼ってください。
 ③*欄は記入しないでください。
 ④携帯電話などの電話番号は、緊急連絡時に用います。（所持している人のみ記入）

ここで折り曲げる(切り離さない)

受 験 票 (総合型選抜入学試験用)

受験 番号	*
----------	---

志望学科	保健医療学部 栄養学科
------	-------------

フリガナ 氏 名	(姓)	(名)
-------------	-----	-----

試験日 前期：2019年9月28日(土)
後期：2019年12月21日(土)

8：30	開 場
9：10	集 合
9：30～10：15	体験型学習受講
10：45～11：30	課題レポート試験
11：45～	個人面接試験

【注意】裏面の注意事項を必ず確認してください。

本総合型選抜入学試験は遅刻を認めません。
十分時間にゆとりを持って集合してください。

*
出願書類
受付印

写 真 票 (総合型選抜入学試験用)

受験 番号	*
----------	---

志望学科	保健医療学部 栄養学科
------	-------------

フリガナ 氏 名	(姓)	(名)
-------------	-----	-----

切り離さないこと

写真貼付 3ヶ月以内に撮影 したもので、無帽 上半身のもの 写真裏面に氏名を 記入のこと (志願票と同じもの) 4 cm × 3 cm
--

出欠確認

*
*

- 【注意】①太枠内に本人が記入してください。
②*欄は記入しないでください。

の り

振替払込受付証明書（お
客さま用）を貼ること。
領収日付印の無いものは
無効です。

の り

ここで折り曲げる(切り離さない)

切り離さないこと

【注意】

- ① 太枠内に本人が記入してください。
- ② * 欄は記入しないでください。
- ③ 試験時間割の集合時間までに試験室に入室してください。
- ④ 本票を必ず持参してください。忘れた場合は試験実施本部の指示を受けてください。
- ⑤ 昼食を持参してください。
- ⑥ 「受験にあたっての注意事項」を必ず確認してください。
- ⑦ 試験当日に公共交通機関の事故・遅れ、災害など不測の事態が生じた場合は、本学事務局（進路支援課）までご連絡ください。TEL(011)792-3350
- ⑧ 試験場では携帯電話の電源を切ってください。

志 願 票

受験 番号	*
----------	---

志望するものに○印をつけてください。看護学科を希望する方のみ「栄養学科」を第2希望としてください。

志望学科 (○で囲む)	看護学科	第2希望選択	有	無	試験場	札・帯・函
	栄養学科	「国語」・「英語」選択	国	英		

志 願 者	フリガナ 氏 名	(姓)	(名)	性 別	男・女	年 齢	歳	写真貼付 3ヶ月以内に撮影 したもので、無帽 上半身のもの 写真裏面に氏名を 記入のこと (写真票と同じもの) 4 cm × 3 cm
	住 所	〒 - TEL() - 携帯() -		生年月日	西暦	年	月	
者	出 身 高 校	高校等コード番号		学校名	高等学校			
	身 程	全日制・定時制・通信制・その他		学 科				
	高 入 学 年		年 入 学	卒業年		年 見 込	卒 業	
	校	高卒認定			年 合 格			

専門や大学を卒業した方は、以下も記入してください。

最終 出身 校	学校名	国・公・私立	学部・学科・専攻	
	卒業年		年 見 込	卒 業

- 【注意】①太枠内に本人が記入してください。
 ②裏面に振替払込受付証明書（お客さま用）を貼ってください。
 ③*欄は記入しないでください。
 ④志願票、受験票、写真票の志望学科欄に○印をつけてください。
 ⑤携帯電話などの電話番号は、緊急連絡時に用います。（所持している人のみ記入）
 ⑥最終出身校欄は、専門学校や大学を卒業した方のみ記入してください。
 ⑦看護学科志望者のみ第2希望で栄養学科の選択可

----- ここを折り曲げる(切り離さない) -----

2020年度 札幌保健医療大学 受 験 票 (一般選抜入学試験前期日程用)

受験 番号	*
----------	---

志望学科 (○で囲む)	看護学科	第2希望選択	有	無
	栄養学科	「国語」・「英語」選択	国	英

試験場	札・帯・函	
フリガナ 氏 名	(姓)	(名)

試験日	2020年2月4日(火)
-----	--------------

開場時間…8:30
集合時間 ・看護学科…9:10(厳守)
 ・栄養学科
 「国語」受験者…9:10(厳守)
 「英語」受験者…10:50(厳守)
 ※試験時間割は学生募集要項で確認してください。

【注意】裏面の注意事項を必ず確認してください。

* 出願書類 受付印

2020年度 札幌保健医療大学 写 真 票 (一般選抜入学試験前期日程用)

受験 番号	*
----------	---

志望学科 (○で囲む)	看護学科	第2希望選択	有	無
	栄養学科	「国語」・「英語」選択	国	英

試験場	札・帯・函	
フリガナ 氏 名	(姓)	(名)

切り離さないこと

写真貼付 3ヶ月以内に撮影 したもので、無帽 上半身のもの 写真裏面に氏名を 記入のこと (志願票と同じもの) 4 cm × 3 cm
--

出欠確認

*
*
*
*

【注意】①太枠内に本人が記入してください。
 ②*欄は記入しないでください。

の り

振替払込受付証明書（お
客さま用）を貼ること。

領収日付印の無いものは
無効です。

の り

ここで折り曲げる(切り離さない)

切り
離さ
ない
こと

【注意】

- ①太枠内に本人が記入してください。
- ②* 欄は記入しないでください。
- ③試験時間割の集合時間までに試験室に入室してください。
- ④本票を必ず持参してください。忘れた場合は試験実施本部の指示を受けてください。
- ⑤昼食を持参してください。
- ⑥「受験にあたっての注意事項」を必ず確認してください。
- ⑦試験当日に公共交通機関の事故・遅れ、災害など不測の事態が生じた場合は、本学事務局（進路支援課）までご連絡ください。TEL(011)792-3350
- ⑧試験場では携帯電話の電源を切ってください。

志 願 票

受験 番号	*
----------	---

志望するものに○印をつけてください。看護学科を希望する方のみ **栄養学科** を第2希望としてください。

志望学科 (○で囲む)	看護学科	第2希望選択	有	無	試験場	本 学
	栄養学科	「国語」・「英語」選択	国	英		

志 願 者	フリガナ 氏 名	(姓)	(名)	性 別	男・女	年 齢	歳	写真貼付 3ヶ月以内に撮影 したもので、無帽 上半身のもの 写真裏面に氏名を 記入のこと (写真票と同じもの) 4 cm × 3 cm
	住 所	〒 - TEL() - 携帯() -		生年月日	西暦	年	月	
者	出 身	高校等コード番号	学校名	高等学校				
	高 校	課 程	全日制・定時制・通信制・その他	学 科				
	校	入学年	年 入 学	卒業年	年	見 込	卒 業	
		高卒認定		年 合 格				

専門や大学を卒業した方は、以下も記入してください。

最終 出身 校	学校名	国・公・私立	学部・学科・専攻
	卒業年	年	見 込 ・ 卒 業

- 【注意】①太枠内に本人が記入してください。
 ②裏面に振替払込受付証明書（お客さま用）を貼ってください。
 ③*欄は記入しないでください。
 ④志願票、受験票、写真票の志望学科欄に○印をつけてください。
 ⑤携帯電話などの電話番号は、緊急連絡時に用います。（所持している人のみ記入）
 ⑥最終出身校欄は、専門学校や大学を卒業した方のみ記入してください。
 ⑦看護学科志望者のみ第2希望で栄養学科の選択可

----- ここを折り曲げる(切り離さない) -----

2020年度 札幌保健医療大学 受 験 票 (一般選抜入学試験後期日程用)

受験 番号	*
----------	---

志望学科 (○で囲む)	看護学科	第2希望選択	有	無
	栄養学科	「国語」・「英語」選択	国	英

試験場	本 学
-----	-----

フリガナ 氏 名	(姓)	(名)
-------------	-----	-----

試験日	2020年3月4日(水)
-----	---------------------

開場時間…8:30
集合時間 ・看護学科…9:10(厳守)
 ・栄養学科
「国語」受験者…9:10(厳守)
「英語」受験者…10:50(厳守)
 ※試験時間割は学生募集要項で確認してください。

【注意】裏面の注意事項を必ず確認してください。

* 出願書類 受付印

2020年度 札幌保健医療大学 写 真 票 (一般選抜入学試験後期日程用)

受験 番号	*
----------	---

志望学科 (○で囲む)	看護学科	第2希望選択	有	無
	栄養学科	「国語」・「英語」選択	国	英

試験場	本 学
-----	-----

フリガナ 氏 名	(姓)	(名)
-------------	-----	-----

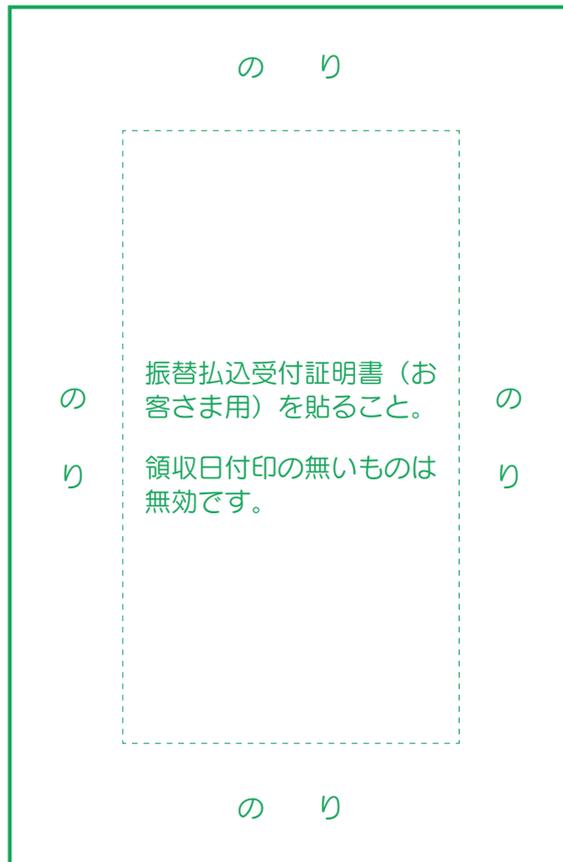
切り離さないこと

写真貼付 3ヶ月以内に撮影 したもので、無帽 上半身のもの 写真裏面に氏名を 記入のこと (志願票と同じもの) 4 cm × 3 cm
--

出欠確認

*
*
*
*

【注意】①太枠内に本人が記入してください。
 ②*欄は記入しないでください。



ここで折り曲げる(切り離さない)

切り離さないこと

【注意】

- ① 太枠内に本人が記入してください。
- ② * 欄は記入しないでください。
- ③ 試験時間割の集合時間までに試験室に入室してください。
- ④ 本票を必ず持参してください。忘れた場合は試験実施本部の指示を受けてください。
- ⑤ 昼食を持参してください。
- ⑥ 「受験にあたっての注意事項」を必ず確認してください。
- ⑦ 試験当日に公共交通機関の事故・遅れ、災害など不測の事態が生じた場合は、本学事務局（進路支援課）までご連絡ください。TEL(011)792-3350
- ⑧ 試験場では携帯電話の電源を切ってください。

2020年度 札幌保健医療大学 (大学入試センター試験) 利用入学試験用 志願票

期別 (○で囲む)	<input type="checkbox"/> 前期日程
	<input type="checkbox"/> 中期日程
	<input type="checkbox"/> 後期日程
第2希望 選択 (○で囲む)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
受験番号 (○で囲む)	*

大学入試センター試験
成績請求票
(私立大学用)を貼付してください。

志望学科 (○で囲む)	<input type="checkbox"/> 看護学科	併試験一般入学 願の(○で 囲むこと)	<input type="checkbox"/> する
	<input type="checkbox"/> 栄養学科		<input type="checkbox"/> しない

志願者	フリガナ 氏名	(姓)	(名)	性別	男・女	年齢	歳	写真貼付 3ヶ月以内に撮影 したもので、無帽 上半身のもの 写真裏面に氏名を 記入のこと (写真票と同じもの) 4 cm × 3 cm
	住所	〒 - TEL() - 携帯() -		生年月日	西暦	年	月	
出身 高等 学校等	高校等コード番号			学校名	高等学校			
	課程	全日制・定時制・通信制・その他		学科	普通科・科			
	卒業年	西暦	年		卒業見込・卒業	西暦	年	入学
	最終出身校	学校名			学部 専攻	西暦 年		
	所在地	都道府県	設置	国・公・私立	卒業見込・卒業			

【注意】①太枠内に本人が記入してください。②裏面に振替払込受付証明書(お客さま用)を貼ってください。③*欄は記入しないでください。④志願票、受験票、写真票の志望学科欄、一般入学との併願欄及び期別欄に○印をつけてください。⑤携帯電話などの電話番号は、緊急連絡時に用います。(所持している人のみ記入)⑥最終出身校欄は、専門学校や大学を卒業した方のみ記入してください。⑦看護学科志望者のみ第2希望で栄養学科の選択可
ここで折り曲げる(切り離さない)

2020年度 札幌保健医療大学 (大学入試センター試験) 利用入学試験用 受験票

受験番号 *

志望学科 (○で囲む)	<input type="checkbox"/> 看護学科 · <input type="checkbox"/> 栄養学科
期別 (○で囲む)	<input type="checkbox"/> 前期日程 · <input type="checkbox"/> 中期日程 · <input type="checkbox"/> 後期日程
第2希望 選択 (○で囲む)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
フリガナ 氏名	(姓) (名)

切り離さないこと

■個別試験
本学独自の個別試験は
課しません。

【注意】裏面の注意事項を必ず確認してください。

*
出願書類
受付印

の り

振替払込受付証明書（お
客さま用）を貼ること。

領収日付印の無いものは
無効です。

の り

ここで折り曲げる(切り離さない)

【注意】

- ①太枠内に本人が記入してください。
- ②* 欄は記入しないでください。
- ③「受験にあたっての注意事項」を必ず確認してください。

切り離さないこと

2020年度 札幌保健医療大学 (大学入試センター試験) 利用入学試験用 志願票

期別 (○で囲む)	<input type="checkbox"/> 前期日程
	<input type="checkbox"/> 中期日程
	<input type="checkbox"/> 後期日程
第2希望 選択 (○で囲む)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
受験番号 (○で囲む)	*

大学入試センター試験
成績請求票
(私立大学用)を貼付してください。

志望学科 (○で囲む)	<input type="checkbox"/> 看護学科	併試験一般入 試との学 願の(○で 囲むこと)	<input type="checkbox"/> する
	<input type="checkbox"/> 栄養学科		<input type="checkbox"/> しない

志願者	フリガナ 氏名	(姓)	(名)	性別	男・女	年齢	歳	写真貼付 3ヶ月以内に撮影 したもので、無帽 上半身のもの 写真裏面に氏名を 記入のこと (写真票と同じもの) 4 cm × 3 cm
	住所	〒 - TEL() - 携帯() -		生年月日	西暦	年	月	
出身 高等 学校等	高校等コード番号			学校名	高等学校			
	課程	全日制・定時制・通信制・その他		学科	普通科・科			
	卒業年	西暦 年 卒業見込・卒業			西暦 年 入学			
	最終出身校	高等学校卒業程度認定試験・大学入学資格検定		西暦 年 合格				
最終 出身校	学校名			学部 専攻			西暦 年	卒業見込・卒業
	所在地	都道府県	設置		国・公・私立			

【注意】①太枠内に本人が記入してください。②裏面に振替払込受付証明書(お客さま用)を貼ってください。③*欄は記入しないでください。④志願票、受験票、写真票の志望学科欄、一般入学との併願欄及び期別欄に○印をつけてください。⑤携帯電話などの電話番号は、緊急連絡時に用います。(所持している人のみ記入)⑥最終出身校欄は、専門学校や大学を卒業した方のみ記入してください。⑦看護学科志望者のみ第2希望で栄養学科の選択可
ここで折り曲げる(切り離さない)

2020年度 札幌保健医療大学 (大学入試センター試験) 利用入学試験用 受験票

受験番号 *

志望学科 (○で囲む)	<input type="checkbox"/> 看護学科 · <input type="checkbox"/> 栄養学科
期別 (○で囲む)	<input type="checkbox"/> 前期日程 · <input type="checkbox"/> 中期日程 · <input type="checkbox"/> 後期日程
第2希望 選択 (○で囲む)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
フリガナ 氏名	(姓) (名)

切り離さないこと

■個別試験
本学独自の個別試験は
課しません。

【注意】裏面の注意事項を必ず確認してください。

*
出願書類
受付印

の り

振替払込受付証明書（お
客さま用）を貼ること。

領収日付印の無いものは
無効です。

の り

ここで折り曲げる(切り離さない)

【注意】

- ①太枠内に本人が記入してください。
- ②*欄は記入しないでください。
- ③「受験にあたっての注意事項」を必ず確認してください。

切り離さないこと

学校推薦型選抜入学試験【公募制】 推 薦 書

2019 年 月 日

札幌保健医療大学

学 長 小 林 清 一 殿

学 校 名

学 校 長

職

印

下記の者は、**看護学科**に**栄養学科**に**適格と認め責任をもって推薦します。**

フリガナ	
氏 名	
推 薦 理 由	
人 物 所 見	
課外活動状況	
記 載 責 任 者	

