

令和3(2021)年度

入学試験要項

■ 総合型選抜(AO入試)

■ 一般選抜(一般入試)

■ 社会人入学試験

宝塚医療大学 介護福祉別科

宝塚医療大学 介護福祉別科 入学試験要項

CONTENTS

[目次]

宝塚医療大学の理念	1
令和3(2021)年度募集要項	2
募集定員	2
出願期間・試験日	2
学費	2
奨学金	3
選考方法	3
出願資格	4
出願手続	5
検定料	6
入学検定料の支払方法	6
出願書類の送付	7
合格発表から入学手続きまで	8
試験会場	8
個人情報の取り扱いについて	9
身体に障がいのある場合	9

提出書類

入学志願書

入学志望理由書

自己推薦書

入学願書(外国人留学生用)

入学願書(別紙・外国人留学生用)

入学志望理由書(外国人留学生用)

経費支弁書(外国人留学生用)

写真票・受験票

宝塚医療大学の理念

建学の精神

宝塚医療大学は、「徳義の涵養と人間性尊厳の実践を理念とし、医療人たる社会的責務を自覚せしめ、国際社会に伍して恥じぬ恒心をもつ、有徳の人材を育成する。」の建学精神に則り生命を尊重し、人間の尊厳に関する深い洞察力を持ち、高い創造力や問題解決能力を有し、積極的に研究活動に取り組む人材を育成する。

介護福祉別科の教育目標

豊かな人間性と幅広い教養、高い倫理観とコミュニケーション能力、理論的思考力を持った介護福祉士の育成を目指す。

- ① 幅広い教養と豊かな人間性を身につけるための教養教育を行う。
- ② 介護福祉士として必要不可欠な知識を修得するための専門教育を行う。
- ③ 専門分野についての理解を深めるとともに、介護、福祉の現場における実践能力を備え、さらに、科学的視点に立った対応ができるための教育を行う。
- ④ 国籍、社会経験、年齢の上限を問わず、広く介護福祉に関する専門知識と技術を教授し、社会の要請に応えうる介護福祉士を養成する。

介護福祉別科のアドミッションポリシー

アドミッションポリシー

本学が求める学生像と受け入れの基本方針は次のとおりです

- ① 思いやりと優しさを備え、協調性に富む人。
- ② 健康の維持・増進に強い関心があり、何事にも意欲的に取り組む姿勢のある人。
- ③ 介護福祉士として健康な社会の形成や発展に貢献したい人。
- ④ 基礎的な学力とコミュニケーション能力を持っている人。
- ⑤ 自主的に学ぶ姿勢と、論理的で柔軟な思考能力を持つ人。

宝塚医療大学 介護福祉別科
令和3(2021)年度 募集要項

■ 募集定員

入学試験種別	総合型選抜(AO入試)	一般選抜(一般入試)	社会人入学試験	合計
定員	45名	10名	5名	60名

■ 出願期間・試験日

入学試験種別	日程	試験日	出願期間	合格発表日	一次手続締切日	二次手続締切日
総合型選抜(AO入試)	A日程	10月24日(土)	9月16日(水)～10月16日(金)	11月2日(月)	11月10日(火)	11月24日(火)
	B日程	11月21日(土)	11月2日(月)～11月13日(金)	11月27日(金)	12月4日(金)	12月18日(金)
	C日程	12月19日(土)	11月30日(月)～12月11日(金)	12月25日(金)	1月15日(金)	1月29日(金)
	D日程	1月31日(日)	1月12日(火)～1月25日(月)	2月5日(金)	2月15日(月)	3月1日(月)
	E日程	3月7日(日)	2月15日(月)～3月1日(月)	3月12日(金)	3月18日(木)	3月18日(木)
一般選抜(一般入試)	前期	1月31日(日)	1月12日(火)～1月25日(月)	2月5日(金)	2月15日(月)	3月1日(月)
	後期	3月7日(日)	2月15日(月)～3月1日(月)	3月12日(金)	3月18日(木)	3月18日(木)
社会人入学試験	前期	1月31日(日)	1月12日(火)～1月25日(月)	2月5日(金)	2月15日(月)	3月1日(月)
	後期	3月7日(日)	2月15日(月)～3月1日(月)	3月12日(金)	3月18日(木)	3月18日(木)

○出願書類はいずれの入学試験種別も締切日必着

○海外居住者が受験の場合、お問い合わせください。(在留資格取得に日数がかかるため)

問い合わせメールアドレス： bekka@tumh.ac.jp

○総合型選抜(AO入試)受験希望者は必ずAO事前面談を受けてください。

※AO事前面談は電話(06-6374-6300)でお申し込みください。申し込み時に面談時間をお知らせします。尚、面談時には氏名などを記入した入学願書を持参してください。AO事前面談受講証明の捺印をします。

※AO事前面談は、令和2年7月以降のオープンキャンパスにおいて実施します。

■ 学費

	入学金	1期	2期	3期	4期	合計
初年度	200,000円	200,000円	200,000円	200,000円	250,000円	1,050,000円
2年度		200,000円	200,000円	200,000円	250,000円	850,000円

※上記のほか別途諸経費が必要となります。

学生災害保険27,000円(2年間)、その他諸経費20,000円(2年間)及び教材等(テキスト代・実習用ユニフォーム代・靴代)約45,000円など。

■ 奨学金

- 介護福祉士修学資金（前年度実績など、詳細は大阪府の場合「社会福祉法人 大阪府社会福祉協議会 大阪福祉人材支援センター 修学資金係」のホームページなどをご確認ください）
- 平成医療学園独自のファミリー奨学金
平成医療学園グループ校の教職員・在校生（在学学生）または卒業生の子もしくは3親等以内の親族が対象。入学後、必要書類を提出すること。入学年度に15万円を給付。給付時期は10月。
- 平成医療学園独自の入学金免除制度
平成医療学園グループ校の卒業生（卒業見込みの者含む）、在校生（在学学生）または卒業生の3親等以内の者、各種医療系免許証を取得している者は入学金20万円を免除。入学願書提出時に免除制度申請欄に○をつけてください。

■ 選考方法

総合型選抜（AO入試）

- 1) 小論文
- 2) 面接
- 3) 書類審査

一般選抜（一般入試）

- 1) 小論文
- 2) 面接

社会人入学試験

- 1) 自己推薦書
- 2) 面接

※自己推薦書は出願書類と一緒に郵送してください。面接時間は受験票にてお知らせします。

■ 出願資格

総合型選抜 (AO入試)

下記のいずれかに該当する者

- ① AO事前面談を受け、本別科を専願とし、高等学校・中等教育学校を卒業した者、または2021年3月卒業見込みの者。
- ② AO事前面談を受け、本別科を専願とし、通常の課程による12年の学校教育を修了した者。または、2021年3月修了見込みの者。
- ③ AO事前面談を受け、本別科を専願とし、高等学校を卒業した者と同等以上の学力があると認められる者。(出願開始1カ月前までにお問い合わせください。)

(外国人留学生の場合)

下記のいずれにも該当する者

- ① 外国において学校教育における12年の課程を修了し、その国において大学入学資格を有する者(2021年3月までに修了見込みの者を含む)またはこれに準ずる者で文部科学大臣の指定した者。あるいは、本別科において、個別の入学資格審査により、高等学校を卒業した者と同等以上の学力があると認めた者。(個別の入学資格審査を希望の方は出願開始1カ月前までにお問い合わせください。)
- ② 日本語能力を証明する書類を提出できる者。
- ③ 入学後、別科で学ぶことができる在留資格を得ることができる者。

一般選抜 (一般入試)

下記のいずれかに該当する者

- ① 高等学校・中等教育学校を卒業した者、または2021年3月卒業見込みの者。
- ② 通常の課程による12年の学校教育を修了した者。または、2021年3月修了見込みの者。
- ③ 高等学校を卒業した者と同等以上の学力があると認められる者。(出願開始1カ月前までにお問い合わせください。)

社会人入学試験

下記の①と②③④のいずれかに該当する者

- ① 2021年4月1日時点で、満21歳以上に達しており社会経験が3年以上の者。
- ② 高等学校・中等教育学校を卒業した者。
- ③ 通常の課程による12年の学校教育を修了した者。
- ④ 高等学校を卒業した者と同等以上の学力があると認められる者。(出願開始1カ月前までにお問い合わせください。)

■ 出願手続

総合型選抜 (AO 入試)

- ① 入学志願書 (事前面談受講証明印のあるもの) : 縦4cm × 横3cm、正面上半身脱帽で出願前3か月以内に撮影した写真を貼付してください。カラー・白黒は問いません。
- ② 入学志望理由書
- ③ 入学資格を証明する書類 (高等学校などの調査書、卒業証明書など)
- ④ 写真票
- ⑤ 受験票
- ⑥ 入学検定料納付書、または振り込みを証明できる書類。

(外国人留学生の場合)

- ① 入学願書 : (事前面談受講証明印のあるもの) 縦4cm × 横3cm、正面上半身脱帽で出願前3か月以内に撮影した写真を貼付してください。カラー・白黒は問いません。
- ② 写真票 : 願書と同一の写真を貼付してください。
- ③ 受験票 : 日本国内で郵便物を受け取れる住所及び氏名を記入してください。
- ④ 入学志望理由書
- ⑤ 経費支弁書

以下の書類 ⑥～⑬は出願者が準備する書類です。

- ⑥ 出身高等学校の卒業証明書または卒業証書のコピー
最終出身学校が大学・短期大学・専門学校等の場合でも、必ず高等学校の証明書を提出してください。卒業証明書は、日本語または英語で記載されたコピーを提出してください。それ以外の言語で書かれている場合は、必ず公的機関または日本語学校等が証明する和文翻訳を添付してください。
- ⑦ 高等学校の学業成績証明書
最終出身学校が大学・短期大学・専門学校等の場合でも、必ず高等学校の証明書を提出してください。日本語または英語で作成されたコピーを提出してください。
- ⑧ 日本語能力試験N2相当を証明する書類、もしくは、日本語学校が発行する「推薦書」
- ⑨ 日本語学校の出席・成績証明書【現在日本語学校在籍者のみ】
- ⑩ 在留カードの両面コピー【日本在住者のみ】
- ⑪ パスポートのコピー
顔写真、氏名、生年月日、パスポート番号記載面、最終日本入国のページと最新ビザ更新のページをコピーしてください。
- ⑫ 入学検定料支払い証明
銀行等の振込明細書・領収書のコピー
- ⑬ 経費を支弁できる証明書 (預金残高証明書など)

一般選抜（一般入試）

- ① 入学志願書：縦4cm×横3cm、正面上半身脱帽で出願前3カ月以内に撮影した写真を貼付してください。カラー・白黒は問いません。
- ② 入学資格を証明する書類（高等学校などの調査書、卒業証明書など）
- ③ 写真票
- ④ 受験票
- ⑤ 入学検定料納付書、または振り込みを証明できる書類。

社会人入学試験

- ① 入学志願書：縦4cm×横3cm、正面上半身脱帽で出願前3カ月以内に撮影した写真を貼付してください。カラー・白黒は問いません。
- ② 自己推薦書
- ③ 入学資格を証明する書類（卒業証明書など）
- ④ 写真票
- ⑤ 受験票
- ⑥ 入学検定料納付書、または振り込みを証明できる書類。

※出願書類はすべて本学所定用紙を使用してください。

提出された書類は、一切返却しません。

■ 検定料

20,000円

・振込手数料は、上記と別に支払ってください。

■ 入学検定料の支払方法

次の金額を下記の銀行口座に振り込んでください。

【振込金額】

20,000円

【振込先】

振込銀行：三井住友銀行

梅田支店

口座名：学校法人 平成医療学園 理事長 岸野雅方

（ガッコウホウジンハイセイイリョウガクエンリジチョウキシノマサミ）

預金種目：普通

口座番号：2792372

Bank Name : SUMITOMO MITSUI BANKING CORPORATION
Branch : Umeda Branch Branch No: 127
Address : 8-47, Kakuda-cho, Kita-ku, Osaka-shi, Osaka Japan
Telephone : +81 6 6315 1122
A/C Name : SCHOOL CORPORATION HEISEIIRYOGAKUEN PRESIDENT
KISHINO MASAMI
A/C No. : 2792372
A/C Address : 7-7-17, Toyosaki, Kita-ku, Osaka-shi, Osaka JAPAN 531-0072

- ・振り込み人の欄には受験者の名前を記入してください。
- ・振り込みが完了した書類（金融機関発行の領収書）のコピーを願書と一緒に提出してください。
- ・振り込み時に必要な振込手数料は出願者が負担してください。
- ・入学検定料は理由の如何にかかわらず返還いたしません。

■ 出願書類の送付先

簡易書留またはレターパックで送付してください。

〒531-0072 大阪府大阪市北区豊崎7-7-17

宝塚医療大学

大阪豊崎キャンパス

介護福祉別科事務室 入学試験担当 宛

TEL 06-6374-6300 FAX 06-6374-6302

■合格発表から入学手続きまで

1. 合格発表

合格発表日に受験者全員に入学試験結果を郵送します。なお、合格者には準備が整い次第、入学手続き書類を送ります。

2. 入学手続きについて

所定の期日までに手続きを完了していない場合は、入学することができません。

入学手続きについての詳細は、合格者に対して送付する入学手続き書類で確認してください。

●海外居住の受験への注意事項

所定の期日までに査証（ビザ）が発給されない場合は、入学を取り消すことがあります。

その場合は大学に在留資格認定証明書と入学許可書を返還してください。所定の手続きを済ませた上で入学金を含む学納金を返還いたします。

また、ビザが発給されたにもかかわらず入学しなかった場合にも在留資格認定証明書と入学許可書を返還してください。この場合は所定の手続きを済ませた上で入学金を除く学納金を返還いたします。

なお、上記のいずれの場合も手数料は受験生の負担となります。

■試験会場

大阪豊崎キャンパス 〒531-0072 大阪府大阪市北区豊崎7-7-17

大阪メトロ中津駅から徒歩10分

■個人情報の取り扱いについて

●利用目的

別科案内パンフレットや入学試験要項などの請求、または入学試験の出願にあたってお知らせいただいた住所、氏名その他個人情報は、以下の目的で使用します。

1. 別科情報の提供から入学試験を含む入学までの一連の業務
2. 入学後の別科事務業務、各種案内や連絡
3. 出身学校への進路指導用資料として提供

●発送業務の委託に関して

上記利用目的に関して、パンフレットや資料・入学試験要項などの発送は宝塚医療大学介護福祉別科(以下「別科」といいます)より当該業務の委託を受けたパートナー企業(プライバシーマーク取得企業に限る)において行う場合があります。あらかじめご了承ください。

大学は、上記委託パートナー企業への提供または以下いずれかに該当する場合を除き、個人情報を第三者へ開示又は提供しません。

1. ご本人の同意がある場合
2. 法令に基づき開示・提供が求められた場合
3. 人の生命、身体または財産の保護のために必要な場合であって、ご本人の同意を得ることが困難な場合
4. 国または地方自治体などが公的な事務を実施する上で協力する場合があって、ご本人の同意を得ることにより、当該事務の遂行に支障を及ぼす恐れがある場合

●開示・訂正などについて

お知らせ頂いた住所、氏名その他個人情報の開示は、請求いただいた方がご本人であることを確認させていただいた上で行います。またその結果、個人情報の記載に誤りがある場合はすみやかに訂正を行います。

開示・訂正などの請求に関しては所定の手続きがあります。詳細は本学までお問い合わせください。

■身体に障がいのある場合

本別科に入学を志願する方のうち身体に障がいを有する方で受験上、または就学上特別の配慮を必要とする方は、出願開始日までに本別科入学試験担当者まで文書で照会してください。なお、出願開始日以降に事故により受験上または就学上特別の配慮が必要となった方は、速やかに本学担当者まで申し出てください。

照会及び申し出先：

宝塚医療大学

大阪豊崎キャンパス

介護福祉別科事務室 入学試験担当

〒531-0072 大阪府大阪市北区豊崎7-7-17

TEL 06-6374-6300 FAX 06-6374-6302

2021年度 宝塚医療大学 介護福祉別科 入学志願書

本別科に入学を志望します。

受験番号

※大学記入欄

フリガナ																性別		
氏名																男	女	
生年月日	西暦					年				月			日	(歳)		
郵便番号				—						電話番号			—		—			
住所	都 道 府 県																	
出身学校	立 高等学校													卒業または卒業見込年月日				
																	年	月
保護者連絡先	氏名									電話番号			—		—			

写真貼付欄
(4cm×3cm)

無帽・上半身
撮影3カ月以内

キ
リ
ト
リ
線

■ 試験日 ※受験該当欄にチェック を入れてください。

<input type="checkbox"/> 総合型選抜 A日程	10月24日(土)	<input type="checkbox"/> 一般選抜 前期	1月31日(日)
<input type="checkbox"/> 総合型選抜 B日程	11月21日(土)	<input type="checkbox"/> 一般選抜 後期	3月7日(日)
<input type="checkbox"/> 総合型選抜 C日程	12月19日(土)	<input type="checkbox"/> 社会人入学試験 前期	1月31日(日)
<input type="checkbox"/> 総合型選抜 D日程	1月31日(日)	<input type="checkbox"/> 社会人入学試験 後期	3月7日(日)
<input type="checkbox"/> 総合型選抜 E日程	3月7日(日)		

■ 免除制度の申請 下記の条件に該当する方は、○をつけてください。

平成医療学園グループ校の卒業生(卒業見込の者を含む)	
平成医療学園グループ校の在学学生、または卒業生の3親等以内の者	
各種医療系免許証を取得している者	

AO事前面談受講証明

--

入学志望理由書

受験番号

※大学記入欄

氏 名

●本別科入学を志望する動機、ならびに介護福祉士になって叶えたい夢を述べてください。

キ
リ
ト
リ
線

社会人入学試験

記入日： 年 月 日

自己推薦書

受験番号	※大学記入欄
------	--------

氏名

前期
 後期
 ※受験該当欄に☑を入れてください。

●本別科入学を志望するご自身について述べてください。

キ
リ
ト
リ
線

宝塚医療大学 介護福祉別科 入学願書(外国人留学生用)

- 1 出願者本人が、必ずボールペンで記入または入力してください(日本語)。
- 2 □は、当てはまるものを塗りつぶしてください。
- 3 様式1で書き切れない項目がある時は、別紙に記入してください。

写真
(4cm×3cm)

最近3カ月以内に撮影したカラー写真。
正面、上半身脱帽で無背景のもの

●免除制度の申請 下記の条件に該当する方は○をつけてください。

平成医療学園グループ校の卒業生 (卒業見込の者を含む)	
平成医療学園グループ校の在学生、または卒業生の3親等以内の者	
各種医療系免許証を取得している者	

1. 氏名	パスポート通りに記入してください。			2. 性別	
カタカナ				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
アルファベット				3. 配偶者	
漢字				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
4. 生年月日	年 月 日	5. 職業			
6. 国籍・地域	7. 出生地				
8. 現住所 (日本に在住の方は記入してください)					
【電話番号(携帯)】		【E-mail】		@	
9. 本国の住所 (日本在住、海外在住いずれの場合も記入してください。)					
【電話番号】		【E-mail】		@	
10. 旅券(パスポート)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	(1)旅券番号		(2)有効期限	年 月 日
11. 査証申請予定の場所					
12. 出願者の過去の日本滞在歴について記入してください。					
(1)過去の出入国歴	<input type="checkbox"/> 有 _____ 回 <input type="checkbox"/> 無				
(2)直近の出入国歴	入国年月日： _____		出国年月日： _____		
	在留資格 _____		滞在目的 _____		
13. AO事前面談受講証明					

キリトリ線

14. 過去の処罰について	(1)過去に犯罪を理由とする処分を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無		
	(2)過去に強制又は出国命令による出国がありますか。	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無		
	(3)入国時に上陸許可が認められなかったことがありますか。	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無		
15. 学歴 (注) 必ず小学校から通学したすべての学校を記入してください。					
	学校名	学校所在地	在学期間	修業年数	学位
小学校			年 月 ～ 月	年	/
中学校			年 月 ～ 月	年	/
高等学校			年 月 ～ 月	年	/
	<input type="checkbox"/> 全日制 <input type="checkbox"/> 通信制 <input type="checkbox"/> 職業学校 <input type="checkbox"/> 夜間学校				
大 学			年 月 ～ 月	年	学士 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 在学中 <input type="checkbox"/> 中退 <input type="checkbox"/> 休学中 <input type="checkbox"/> 卒業予定				
	<input type="checkbox"/> 全日制 <input type="checkbox"/> 通信制 <input type="checkbox"/> 職業学校 <input type="checkbox"/> 夜間学校				
大 学 院			年 月 ～ 月	年	<input type="checkbox"/> 修士 <input type="checkbox"/> 博士
	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 在学中 <input type="checkbox"/> 中退 <input type="checkbox"/> 休学中 <input type="checkbox"/> 卒業予定				
	<input type="checkbox"/> 全日制 <input type="checkbox"/> 通信制 <input type="checkbox"/> 職業学校 <input type="checkbox"/> 夜間学校				
そ の 他			年 月 ～ 月	年	/
	<input type="checkbox"/> 全日制 <input type="checkbox"/> 通信制 <input type="checkbox"/> 職業学校 <input type="checkbox"/> 夜間学校				
日本語学校			年 月 ～ 月	(総学習時間)	時間
16. 職歴		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
勤務先名	勤務先所在地	職務内容及び地位	勤務期間		
			年 月 ～ 月		
			年 月 ～ 月		
17. 空白期間の説明 ※経歴に6カ月以上の空白期間がある場合、その期間と活動を記入					
活動内容			期 間		
			年 月	～	年 月
			年 月	～	年 月

キリトリ線

18. 日本語学習歴

日本語能力試験	年 月 ____ 級 ____ 点	<input type="checkbox"/> 未受験
実用日本語検定 (J-Test)	年 月 ____ 級 ____ 点	<input type="checkbox"/> 未受験
NAT-test	年 月 ____ 級 ____ 点	<input type="checkbox"/> 未受験
その他 (試験名: _____)	年 月 ____ 級 ____ 点	<input type="checkbox"/> 未受験

19. 家 族

別居している家族も含めてすべての家族について記入してください。下欄に書き切れない場合、別紙に記入してください。

氏名	続柄	生年月日	職業	住所

【緊急連絡先】 (日本国内にいる友人など含む)

氏 名 _____

出願者との関係 _____ 電 話 _____

携帯電話 _____ E-mail _____ @ _____

20. 日本在住の親族 (父・母・配偶者・子・兄弟など) と同居者 有 無

続柄	氏名	生年月日	国籍/地域	同居予定	勤務先・通学先	在留カード番号
				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		

上記のとおり記載内容に間違いありません。

日付 年 月 日 出願者の署名

宝塚医療大学 介護福祉別科 入学願書(別紙・外国人留学生用)

様式1で書き切れない項目がある時は、このシート(別紙)を使ってください。

12. (1)過去の出入国歴 ※入学願書(Form1-1/3) 12. (1)過去の出入国歴について、すべて記入してください。

	入国年月日	出国年月日	在留資格	滞在目的
1	年 月 日～	年 月 日		
2	年 月 日～	年 月 日		
3	年 月 日～	年 月 日		
4	年 月 日～	年 月 日		

19. 家族 ※入学願書(様式1/3) 19. 家族の続きを記入してください

氏名	続柄	生年月日	職業	住所

20. 日本在住の親族(父・母・配偶者・子・兄弟など)及び同居者

続柄	氏名	生年月日	国籍/地域	同居予定	勤務先・通学先	在留カード番号
				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		

上記のとおり記載内容に間違いありません。

日付 年 月 日 出願者の署名

宝塚医療大学 介護福祉別科 入学志望理由書(外国人留学生用)

宝塚医療大学 学長 殿

1 出願者本人が、必ずボールペンで記入してください（日本語）。

2 □は、当てはまるものを塗りつぶしてください。

出願者氏名						
生年月日	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	国籍

1. 本学介護福祉別科を志望する理由

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

キ
リ
ト
リ
線

上記のとおり記載内容に間違いありません。

日付 年 月 日 出願者の署名

宝塚医療大学 介護福祉別科 経費支弁書(外国人留学生用)

宝塚医療大学 学長 殿

To : The President of TAKARAZUKA UNIVERSITY of MEDICAL and HEALTHCARE

国籍・地域 Nationality/Region		出願者氏名 Name of applicant	
性別 Sex	<input type="checkbox"/> 男 Male	<input type="checkbox"/> 女 Female	生年月日 Date of birth
			年 月 日 Year Month Day

1. 経費支弁を引き受けた経緯（経緯及び出願者との関係について具体的に記入してください）

Reason for support (Explain the circumstances and the relationship between financial supporter and the applicant in detail.)

2. 経費支弁方法 Method of support to meet expenses while in Japan

(1)学 費 850,000円 生活費 月額 _____ 円
Tuition (1 year)Yen Monthly living expenses Yen

(2)支弁方法（送金・振込・携行・奨学金等支弁方法を具体的に記入してください）

Method of support to meet expenses while in Japan (Specify the method: such as money transfer, payment directly into bank account, carrying cash or scholarship, etc.)

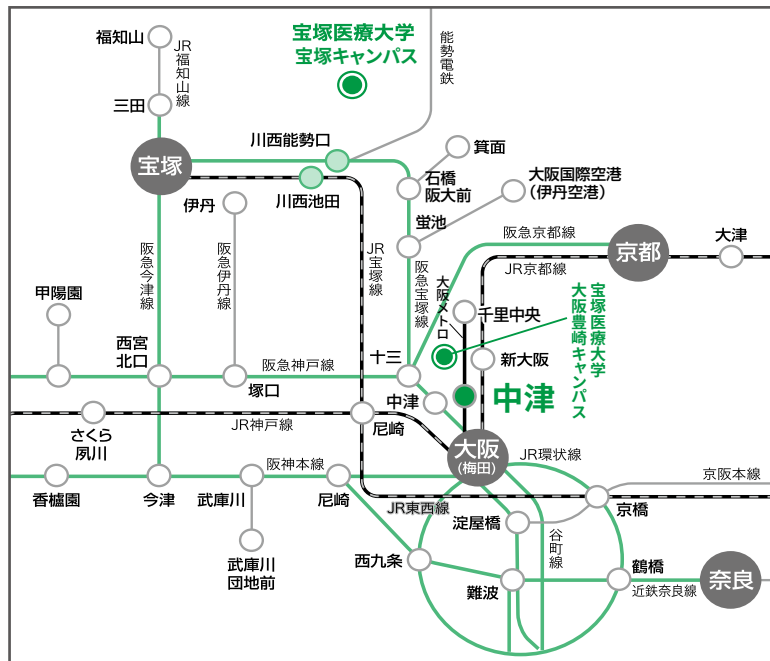
3. 経費支弁者 Financial supporter ※支援施設がある場合は2に記入

1	氏名 Name	生年月日 Date of birth
	現住所 Address	電話 Tel
	出願者との関係 Relationship to applicant	職業 Occupation
	勤務先 Name of employer	電話 Tel
	勤務先所在地 Address of employer	
2	施設名 Name of facility	担当者名 Contact name
	現住所 Address	電話 Tel
	出願者との関係 Relationship to applicant	

上記のとおり間違いありません。 I hereby certify the above to be true and correct.

日付 年 月 日 出願者署名
Date Year Month Day Signature of applicant

試験会場案内



- AO事前面談会場
- 入学試験会場



大阪豊崎キャンパス

宝塚医療大学 介護福祉別科

〈問い合わせ先〉

〒531-0072 大阪府大阪市北区豊崎7-7-17

宝塚医療大学

大阪豊崎キャンパス

介護福祉別科 事務室 入学試験担当

TEL 06-6374-6300 FAX 06-6374-6302