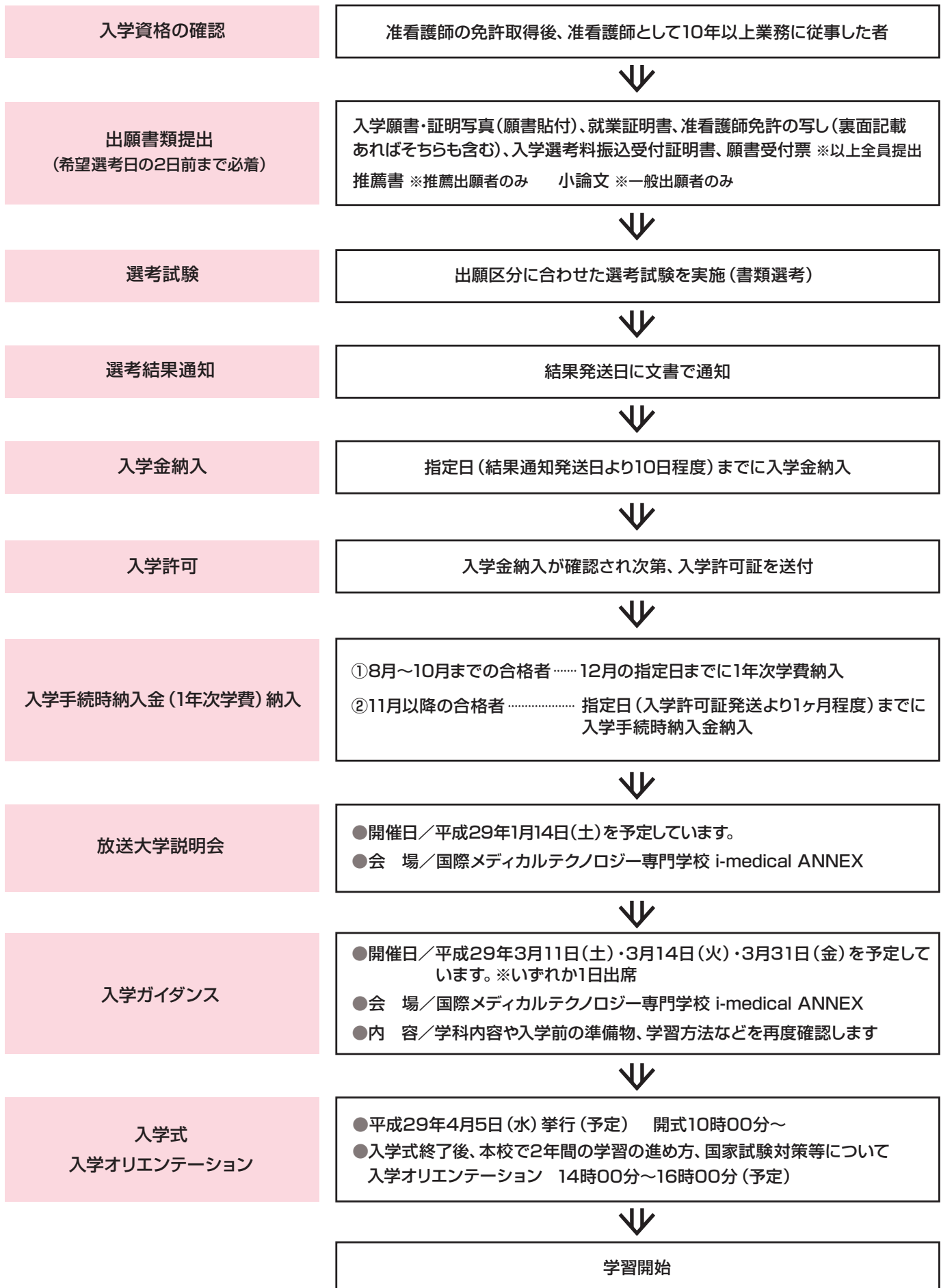




国際メディカルテクノロジー専門学校  
**看護学科通信課程**  
**募集要項・出願書類**



## 入学・学習開始までの流れ



## 募集概要

- 募集定員 250名(男女)
- 修業年限 2年(在学期間は最長4年間)
- 取得資格 看護師国家試験受験資格／保健師・助産師学校受験資格

## 出願資格

准看護師免許を取得後、准看護師として平成29年3月31日までに10年(120ヶ月)以上の業務経験(見込みの者を含む)を有することを証明できる者

## 出願区分・選考方法

出願区分	選考方法	特典
推薦出願	書類選考	合格された場合、入学金10万円のうち5万円を免除いたします。
一般出願	小論文(600～800字)／書類選考	—————

## 願書受付期間・選考日程・結果発送日

願書受付時間／下記出願期間の9時00分～17時30分(学校休日は除く)に受付しています。

	出願受付期間 ※	選考日	結果発送日
第1回	平成28年8月1日(月)～平成28年8月25日(木)	平成28年8月27日(土)	平成28年9月2日(金)
第2回	平成28年8月26日(金)～平成28年9月21日(水)	平成28年9月24日(土)	平成28年9月30日(金)
第3回	平成28年9月24日(土)～平成28年10月27日(木)	平成28年10月29日(土)	平成28年11月4日(金)
第4回	平成28年10月27日(木)～平成28年11月24日(木)	平成28年11月26日(土)	平成28年12月2日(金)
第5回	平成28年11月25日(金)～平成28年12月15日(木)	平成28年12月17日(土)	平成28年12月22日(木)
第6回	平成28年12月17日(土)～平成29年1月26日(木)	平成29年1月28日(土)	平成29年2月3日(金)
第7回	平成29年1月27日(金)～平成29年2月23日(木)	平成29年2月25日(土)	平成29年3月3日(金)
第8回	平成29年2月24日(金)～平成29年3月16日(木)	平成29年3月18日(土)	平成29年3月23日(木)

3月(第8回)出願予定の方は3月31日(金)開催の「入学ガイダンス」に出席できるよう、日程調整の上、ご出願ください。

※出願受付期間中でも定員になり次第、募集を締め切る場合があります。募集終了はホームページでお知らせいたします。URL <http://tsushin.i-medical.jp>

## 選考結果発表

選考結果は上記結果発送日にご本人宛に郵送いたします。

※選考結果は結果発表日より3日間(当日12:00以降)、本校ホームページでも公表いたします。なお電話での個別の合否お問合せにはお答えできません。

## 出願書類

出願書類は指定の封筒に入れて提出してください。

※一旦提出された書類は返却できません。※受付後「願書受付票」によって受付日、受付番号をお知らせいたします。

※出願書類等に虚偽の内容が認められた場合には、合格・入学を取り消す場合があります。

**入学願書 A・職務経歴書 (表裏両面)** ※P21の記入例を参照のこと

職歴は、黒ボールペン等(鉛筆不可)を使用し、文字は楷書で丁寧に記入してください。出願者本人が両面とも記入・捺印してください。氏名・住所等は戸籍に基づいて記入してください。

**証明写真**

縦4.5cm×横3.5cmの写真を裏面に氏名を記入してから、願書写真貼付欄に貼り付けてください。写真は「カラー」「上半身」「脱帽」「出願前3ヶ月以内に撮影したもの」を使用してください。

**就業証明書 B** ※P21の記入例を参照のこと ※法人代表者名での証明も可とする

准看護師として通算10年(120ヶ月)以上従事したことを証明する就業証明書を提出してください。

**自書の箇所がある場合や施設の法人印または公印がない場合は無効となります**

- 准看護師免許取得前の期間(看護助手として働いた期間)は記入しないでください。
- 複数の施設で勤務した場合は「**就業証明書 B**」をコピーして、それぞれの施設ごとに作成を依頼してください。
- 就業していた病院・施設が廃院などのために就業証明書を発行できない場合は、年金事務所に印鑑と年金手帳を持参して「厚生年金保険加入期間調査願」を申請してください。申請によって「被保険者記録照会回答票」が発行されますので、本校に提出してください。「被保険者記録照会回答票」をもって就業証明とします。
- 就業証明書が旧姓の場合は、本人と証明するために「戸籍抄本」1通を添付してください。
- 就業証明書は、平成28年4月～平成29年3月までに発行されたものを提出願います。(古い発行日のものは無効となります)
- 平成29年3月までに通算就業期間が10年になる場合は、出願時点の日付で提出してください。(出願時で10年未満も可)ただし、入学式前に不足期間分の就業証明書の再提出が必要となります。

**施設代表者推薦書 C**

推薦出願の方は現在の勤務先より必要事項を記入、施設の法人印または公印を捺印していただき、願書に同封してください。

**准看護師免許証の写し**

**本人の記入・修正は無効**

准看護師免許証をA4サイズ用の紙にコピーしてください。裏面に記載がある場合(再交付、氏名変更等)は、必ず裏面もコピーしてください。

※免許証が旧姓の場合は、保健所で改姓変更をしてください。

**願書受付票 D**

郵送で出願の方/52円切手を貼付して、願書受付票送付希望先の住所・氏名を太枠内に記入してください。

**入学選考料 25,000円** **入金後、1週間以内にご出願をお願いします**

出願前に入学選考料(25,000円)を金融機関の窓口またはATMよりお振込ください。なお金融機関の窓口でお振込の場合は、添付の「入学選考料振込用紙」をご利用ください。※ATMでお振込の場合、振込人名は「10」と入力後、出願者氏名を入力してください。

**振込受付証明書 提出用紙 E**

入学選考料をお振込いただきましたら、振込用紙の(A)振込受付証明書(出願書類提出用)またはATM利用明細の原本を提出用紙に貼付し、出願書類に同封してください。

**小論文 F (一般出願の方のみ)**

一般出願の方は、小論文の提出が必要となります。テーマ「私が目指す看護」(600字以上800字以内)に沿って、添付の用紙に黒ボールペンで出願者本人が記入してください。

**FSG通信課程奨学生基金申込書 (希望者のみ)**

生計を一にする家族全員の所得証明書が必要です。また、本人の所得証明書も必要となります。(市町村発行のものに限る)

## 入学手続

1.合格者は、指定日までに本校指定の振込用紙により、入学金を納入してください。

2.入学金の納入が確認でき次第、入学許可証を発行いたします。

①8月～10月までの合格者は、12月の指定日までに同封の本校指定の振込用紙により、入学手続時納入金を納入してください。

②11月以降の合格者は、指定日までに同封の本校指定の振込用紙により、入学手続時納入金を納入してください。

※一度納入された入学選考料・入学金・学費は、原則お返しすることができませんので、よくご検討の上、ご出願ください。ただし、入学手続時納入金(授業料・施設設備費・施設維持費)を納入後、入学式前に本校を入学辞退する場合、納入された入学手続時納入金については返却いたします。詳細につきましては本校事務局へご相談ください。なお、入学式後につきましては理由のいかんを問わず一旦納入された学費の返却はできませんのでご了承ください。

## 学費・教材費納入スケジュール

	入学金	授業料	施設設備費	施設維持費	計
1年次	100,000円	370,000円	30,000円	30,000円	530,000円
2年次	—	370,000円	30,000円	30,000円	430,000円

※上記の他に教科書代等の教材費や国家試験対策費用として、2年間で130,000円程度(平成27年度実績)が必要となります。教材費の明細については4月にご連絡いたします。

項目	金額	納入期日
入 学 金	100,000円 (推薦合格者は50,000円)	結果通知発送日から10日程度の指定日まで ※
入学手続時納入金 (授業料+施設設備費+設備維持費)	430,000円	①8月~10月までの合格者は12月の指定日まで ②11月以降の合格者は入学許可証発行日より1ヶ月程度の指定日まで ※
1年次教材費・国家試験対策費用	約110,000円	平成29年6月初旬(口座引落し)
2年次学費(授業料+施設設備費+設備維持費)	430,000円	平成30年3月初旬(口座引落し)
2年次教材費・国家試験対策費用	約20,000円	平成30年5月初旬(口座引落し)

※平成29年2月以降に出願・合格された方の入学金・入学手続時納入金は、日程を繰り上げてご入金をお願いいたします。

## 放送大学「集団入学」について ※入学前の手続き

平成29年4月から放送大学入学をご検討されている方は、平成28年12月17日(土) / 第5回選考までに出願されると放送大学の「集団入学」対象となり、入学金半額免除とお得です。

集団入学対象者	平成29年4月に本校及び「放送大学」への同時入学を検討されている方で、平成28年12月17日(土) / 第5回選考までに出願・合格された方。
集団入学の申込	上記対象者の方に、本校開催の「放送大学説明会」へ参加、申込をしていただきます。 開催日 / 平成29年1月14日(土)
注 意 事 項	<ul style="list-style-type: none"> <li>●「全科履修生」で入学を希望される方は、高等学校の卒業証明書または卒業証書のコピーが必要です。</li> <li>●放送大学未受講者で平成28年12月16日(金)以降に出願された方は、平成29年2月28日(火)までに放送大学の入学手続きをお願いします。(インターネットでも入学手続きができます)</li> </ul>

放送大学の入学手続きや学習方法などの詳細は、放送大学に直接お問合せいただくか、放送大学ホームページをご覧ください。  
お問合せ 043-276-5111(総合受付) / 募集要項請求フリーダイヤル 0120-864-600 / URL <http://www.ouj.ac.jp/>

## 放送大学授業料について

本校への学費の他に放送大学の授業料として、最大約145,000円が別途必要となります。ただし、すでに放送大学で単位を取得している人は、この限りではありません。

## 既修得単位(入学前に取得した単位)認定について

### 入学前に取得した放送大学の単位を申請する場合

- ①既修得単位認定申請書に必要事項を記載し、平成29年4月29日(土)までに提出していただきます。
- ②放送大学の「成績・単位修得証明書」原本(開封無効)を添付していただきます。  
※成績・単位修得証明書の入手方法は、放送大学の学習センターにある諸証明交付願と手数料を郵送または直接学習センターで、発行の手続きを行ってください。  
※発行までに2週間程度かかりますので、本校の提出期限に間に合うように手続きを行ってください。  
※放送大学・単位認定試験後に個人に送付される成績通知ではありませんのでご注意ください。

### 入学前に取得した放送大学以外の大学・短大・高等専門学校及び医療系養成所の単位を申請する場合

- ①既修得単位認定申請書に必要事項を記載し、平成29年4月29日(土)までに提出していただきます。
- ②単位取得した大学等の「成績証明書」原本(開封無効)を添付していただきます。
- ③既修得科目の内容を示す書類(講義概要書等のコピー等)を添付していただきます。  
※放送大学以外の学校または養成所は、上記の講義概要書(シラバス)の提出が必要です。

## 奨学金等就学支援制度について

### FSG通信課程奨学生基金制度 **出願時に申込みのこと**

通信課程での就学の便を図るために独自の奨学金制度を設けています。

趣 旨	この制度は家計の事情等により就学が困難と思われる学生に対し、入学時に1年次授業料の370,000円を無利子で貸与し、 <b>卒業後3年間で返済</b> により就学の便を図るものです。
申込資格	看護学科通信課程に入学を志願する者
選考基準	●人物について → 奨学生としてふさわしい人格と意欲を備えている者 ●家計の事情について → 家計の事情により就学が困難と認められる者
提出書類	①FSG通信課程奨学生基金申込書 <b>F</b> ②修学者を除く生計を一にする家族全員の所得証明書(市町村発行のものに限る。※源泉徴収票は不可)
申込方法	上記提出書類を出願書類と一緒に指定封筒にて提出してください。
受付期間	平成28年8月1日(月)～平成29年3月23日(木) 必着 ※定員になり次第終了
選考方法	書類審査、電話確認 等
定 員	20名 ※定員になり次第締切ります。
採用発表	入学選考とは別に、選考後申込者本人宛に郵送で通知します。

### 高等職業訓練促進給付金

趣 旨	母子家庭の母または父子家庭の父が看護師や介護福祉士等の資格取得のため、2年以上養成機関で修業する場合に、修業期間中の生活の負担軽減のために、高等職業訓練促進給付金が支給されるとともに、入学時の負担軽減のため、高等職業訓練修了支援給付金が支給されます。
対 象	母子家庭の母または父子家庭の父であって、現に児童(20歳に満たない者)を扶養し、以下の要件をすべて満たす方。 ●児童扶養手当の支給を受けているか、または同様の所得水準にあること。 ●養成機関において2年以上のカリキュラムを修業し、対象資格の取得が見込まれること。 ●仕事または育児と修業の両立が困難であること。(注:市町村の規定により、対象とならない場合もあります)
支 給 額 期 間	高等職業訓練促進給付金 ●支給額 市町村民税非課税世帯/月額100,000円 市町村民税課税世帯/月額70,500円 ●支給期間 修業期間の全期間(上限2年) 高等職業訓練修了支援給付金 ●支給額 市町村民税非課税世帯/50,000円 市町村民税課税世帯/25,000円 ●支給期間 修了後に支給
対象となる資格	養成機関において2年以上のカリキュラムを修業することが必要とされている者。 対象資格の例/看護師、介護福祉士、保育士、作業療法士、理学療法士 等

詳しくは、厚生労働省ホームページ「母子家庭自立支援給付金及び父子家庭自立支援給付金事業の実施について」をご覧ください。  
<http://www.mhlw.go.jp/> または市町村の保健福祉事務所までお問合せください。

### 日本看護協会奨学金制度 **申込手続・貸与開始は入学後となります**

趣 旨	日本看護協会会員の方で看護師学校養成所2年課程(通信制)進学者・在籍者に対する奨学金
貸与金額	月額 30,000円(年額 360,000円) または月額40,000円(年額480,000円)

※詳しくは、本校または日本看護協会ホームページ(<http://www.nurse.or.jp/>)をご覧ください。

### 福島県・茨城県・栃木県・新潟県看護師等修学資金制度 **申込手続・貸与開始は入学後となります**

趣 旨	将来、福島県内・茨城県内・栃木県内・新潟県内の指定施設等で看護師として従事される方に対し修学資金を貸与する制度です。
貸与金額	福島県:月額 56,000円(年額672,000円) 茨城県:月額 36,000円(年額432,000円) 栃木県:月額 32,000円(年額384,000円) 新潟県:一般貸与/月額50,000円(年額600,000円) ※返済免除規定あり 特別貸与/月額75,000円(年額900,000円)

※詳しくは、福島県・茨城県・栃木県・新潟県のホームページをご覧ください。

### FSGカレッジリーグ提携教育ローン **出願前から審査・申込が可能です**

提携会社	オリエントコーポレーション	セディナ	ジャックス
融 資 額	10万円以上最高500万円	5万円以上最高500万円	20万円以上最高500万円
金 利	年率3.5%(固定) 平成28年3月1日現在	年率3.5%(固定) 平成28年3月1日現在	年率3.5%(固定) 平成28年3月1日現在
返済期間	リボ払いのため毎月最低分割支払金額の定めあり。 据置期間含む最長12年2ヵ月、卒業後8年2ヵ月以内	元本据置期間含む最長120回	元本据置期間含む最長120回
保 証 人	原則不要	原則不要	原則不要

※詳しくは、本校ホームページ「学費サポート(<http://www.i-medical.jp/gakuhisupport.html>)」をご覧ください。

### 教育訓練給付制度 **卒業後の申込となります** 本課程は平成22年度より厚生労働大臣指定の「教育訓練給付制度」の対象講座です。

概 要	雇用保険の一般被保険者又は一般被保険者であった者が、雇用の安定及び就職の促進を図るために必要な職業に関する教育訓練として対象教育訓練を受講し、修了した場合、対象教育訓練を受講のために当該受講者本人が教育訓練施設を通して指定教育訓練実施者に支払った費用の一部がハローワークより支給されます。
給付内容	2年課程修了後、ハローワークへの申請により、受講費用の20%相当額が支給されます。ただし20%に相当する額が10万円を超える場合の支給額の上限は10万円となります。



受付No.	17100
受付日	

# 平成29年度 国際メディカルテクノロジー専門学校 看護学科通信課程 入学願書

平成 年 月 日
国際メディカルテクノロジー専門学校 学校長様
私は、貴学に入学したいので、関係書類を添えて出願いたします。 記載事項は事実かつ正確であることを誓います。
志願者氏名 _____ 印 _____

出願区分	<input type="checkbox"/> 推薦	<input type="checkbox"/> 一般
<input type="checkbox"/> FSG通信課程奨学生基金申込		

カラー撮影  
正面上半身  
脱帽  
最近3カ月以内  
4.5cm×3.5cm  
写真の裏面に氏名を  
記入してください。

フリガナ	(氏)	(名)
氏名		
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日 西暦 年 月 日 ( 歳)
現住所 <small>都道府県名から記入すること</small>	〒□□□□-□□□□	
	自宅電話 - -	携帯電話 - -
現住所以外の 連絡先 <small>(緊急用)</small>	〒□□□□-□□□□ ※連絡先が勤務先の場合は、施設名も記入してください。	
	TEL - -	
Eメール アドレス	(携帯)	(PC)

学歴	准看護師養成所名			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 卒業
	准看護師免許取得	取得年月 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月	都道府県 登録番号	
	中学校	立 中学校	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 卒業	
	高等学校 ※1	立 高等学校 科	<input type="checkbox"/> 全日制 <input type="checkbox"/> 定時制 <input type="checkbox"/> 通信制	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 卒業
	大学 短期大学 専門学校 ※2	<input type="checkbox"/> 大学 <input type="checkbox"/> 短大 <input type="checkbox"/> 専門学校	<input type="checkbox"/> 学部 <input type="checkbox"/> 学科 <input type="checkbox"/> 科	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 卒業
	大学入学 資格検定 ※3	取得年月 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月	証書番号 _____	

※1、※2、※3は該当者のみ記入してください。

放送大学受講歴	<input type="checkbox"/> 受講経験なし <input type="checkbox"/> 受講中 <input type="checkbox"/> 過去に受講経験あり
受講中、受講経験ありの方は該当すべてに <input checked="" type="checkbox"/> 願います。	<input type="checkbox"/> 全科履修生 <input type="checkbox"/> 選科履修生 <input type="checkbox"/> 科目履修生 <input type="checkbox"/> 集中科目履修生



# 職務経歴書

S:昭和 H:平成

勤務施設名							<input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 就業中						
勤務年月	始期	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H	年	月	日	～終期	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H	年	月	日	期間	年	ヵ月
勤務施設名							<input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 就業中						
勤務年月	始期	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H	年	月	日	～終期	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H	年	月	日	期間	年	ヵ月
勤務施設名							<input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 就業中						
勤務年月	始期	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H	年	月	日	～終期	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H	年	月	日	期間	年	ヵ月
勤務施設名							<input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 就業中						
勤務年月	始期	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H	年	月	日	～終期	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H	年	月	日	期間	年	ヵ月
勤務施設名							<input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 就業中						
勤務年月	始期	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H	年	月	日	～終期	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H	年	月	日	期間	年	ヵ月
勤務施設名							<input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 就業中						
勤務年月	始期	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H	年	月	日	～終期	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H	年	月	日	期間	年	ヵ月
勤務施設名							<input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 就業中						
勤務年月	始期	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H	年	月	日	～終期	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H	年	月	日	期間	年	ヵ月
勤務施設名							<input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 就業中						
勤務年月	始期	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H	年	月	日	～終期	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H	年	月	日	期間	年	ヵ月
勤務施設名							<input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 就業中						
勤務年月	始期	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H	年	月	日	～終期	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H	年	月	日	期間	年	ヵ月

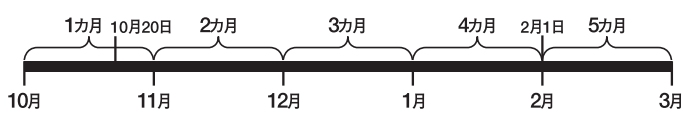
計 期間 年 ヵ月 …①

育児休業期間	始期	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H	年	月	日	～終期	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H	年	月	日	期間	年	ヵ月
	始期	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H	年	月	日	～終期	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H	年	月	日	期間	年	ヵ月
	始期	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H	年	月	日	～終期	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H	年	月	日	期間	年	ヵ月
	始期	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H	年	月	日	～終期	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H	年	月	日	期間	年	ヵ月
	始期	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H	年	月	日	～終期	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H	年	月	日	期間	年	ヵ月

計 期間 年 ヵ月 …②

※職務経歴書には准看護師として勤務した実績をすべて記入してください。 就業期間 期間 年 ヵ月 …①-②

- ※現在勤務中の場合、終期は記入日にしてください。
- ※病院・施設名を略さずに、正式名称で記入してください。なお現在の名称と異なる場合は、旧施設名も併せて記入してください。
- ※産前産後の休暇は、就業期間に含めますが、育児・介護休業期間は就業期間算定には含めません。
- ※出願時に10年に満たず、平成29年3月31日までに10年となる方は不足期間分の就業証明書の再提出が必要です。
- ※就業期間は、最初に勤務した日の属する月及び、最終勤務日の属する月をそれぞれ1ヵ月として算定します。



例) 10月20日～2月1日の就業期間は5ヵ月となります。

切取線

# 就業証明書

平成 年 月 日

国際メディカルテクノロジー専門学校  
学校長様

自署の箇所がある場合や施設の法人印または公印がない場合は無効となります

氏名	
生年月日	昭和 年 月 日生

上記の者は、准看護師として下記の期間就業していたことを証明いたします。

就業期間	始期 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 ~	
	終期 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日迄	<input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 就業中
	※現在勤務中の場合、終期は記入日してください。	
育児休業期間	始期 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 ~ 終期 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	
	始期 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 ~ 終期 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	

所在地

法人名

病院・施設名

病院・施設  
代表者公  
法  
人  
印

- ※看護助手期間は就業期間に含めません。 ※施設名が変更となった場合は、旧施設名も併記してください。
- ※就業証明書は必ず施設で記入していただき、施設の法人印または公印を捺印後に提出してください。
- ※派遣会社から就業証明書を発行してもらう場合は、派遣先の施設名と派遣期間を明記(余白に記入も可)してください。
- ※勤務先が複数の場合は、この用紙をコピーして使用してください。

# 施設代表者推薦書

平成 年 月 日

国際メディカルテクノロジー専門学校  
学校長様

所在地

法人名

病院・施設名

病院・施設  
代表者



切取線

下記の者を貴校の入学者として適当と認め、推薦いたします。

志願者名

生年月日 昭和 年 月 日

## 願書受付票



出願手続完了を証明するものです。

送付希望先の郵便番号・住所・氏名は必ず記入してください。

52円切手を貼ってください。

郵便はがき

52円切手を  
貼ってください

住所

氏名

様

重要

国際メディカルテクノロジー専門学校  
看護学科通信課程〒963-8811 福島県郡山市方八町2丁目4番10号 i-medical ANNEX  
☎ 0800-800-0891

切取線

切取線

郵便はがき

料金受取人払郵便

郡山局  
承認

2076

差出有効期限  
平成29年3月  
31日まで  
(切手不要)福島県郡山市方八町2丁目4番10号  
i-medical ANNEX国際メディカルテクノロジー専門学校  
事務局 行

## 看護学科通信課程説明会 申込ハガキ

フリガナ	性別	年齢	歳
氏名	男・女		
住所	〒		
TEL			
携帯			
E-mail			

皆様の個人情報は、国際メディカルテクノロジー専門学校の入学案内や入学関連情報の送付または、お電話でのご確認のみに使用し、ご本人様の承諾なしに第三者に提供することはいたしません。

## 入学選考料 振込受付証明書 提出用紙

看護学科通信課程

フリガナ

氏名

様

入学選考料 振込受付証明書 貼付欄  
振込用紙を使用し、入学選考料25,000円を  
お振込ください。

(A) 振込受付証明書をここに剥がれないよう  
にしっかりと糊付けしてください。

※ATMを利用してお振込をした場合は振込を  
証明する利用明細の原本をここに剥がれない  
ようにしっかりと糊付けしてください。

※ATMでお振込の場合、振込人名は「10」と  
入力後、出願者氏名を入力してください。

切取線

# 願書受付票

受付日 平成 年 月 日 ( 曜日)

受付番号	17100
------	-------

選考日 平成 年 月 日 ( 曜日)

選考結果通知日 平成 年 月 日 ( 曜日)

選考結果通知は上記通知日に本人宛に通知いたします。

※上記、選考結果通知日の午後より、本校ホームページで受付番号を入力することにより、選考結果をご覧いただけます。

※電話での選考結果のお問合せは受付いたしません。

切取線

切取線

## 看護学科通信課程説明会 申込ハガキ

お手数ですが、設問に回答していただき、切取線よりハガキを切り取ってポストに投函してください。(すでにお申込みいただいている方は結構です)

以下の設問について該当する欄に☑するか、回答を記入してください。

**Q1** 「看護学科通信課程説明会」に、いつ参加しますか？

別紙説明会スケジュールをご覧の上、希望の日時・会場をご記入ください。

月 日 ( 曜日) 午前・午後 / 会場

平日に本校で説明を聞きたい

月 日 ( 曜日) 時 分 来校予定

**Q2** 今現在、本校入学についてどのようにお考えですか？

平成29年4月に入学したい

入学したいと考えている⇒ 平成( )年4月

入学したいが迷っている

⇒理由  家庭の事情  学費  職場状況

その他( )

**Q3** 放送大学の受講歴を教えてください。

受講歴なし  受講中  過去に受講歴あり

**Q4** 本校「看護学科通信課程」を何でお知りになりましたか？

本校ホームページを見て  勤務先に届いた学校案内を見て

同僚・上司・友人等から聞いて

その他( )

**Q5** 今現在、聞いてみたいことや不安に思っていることはありますか？

----------------------

切取線



FSG通信課程奨学生基金申込書

フリガナ			郵便番号	〒		—		
氏名			本人現住所					
生年月日	昭和 年 月 日生		電話番号	— —				
志望学校名	国際メディカルテクノロジー専門学校		志望学科	看護学科 通信課程				
最終学歴	立		准看護学校・高等学校・高等専修学校 大検・短期大学・大学・専門学校		年 月 卒業・卒業見込・取得			
現在の勤務先			職種	年 月 入社				
生計を一にする家族及び所得(主たる家計支持者に○印)	本人および就学者を除く家族	続柄	氏名	年齢	同居・別居	所得の種類	収入金額	所得金額
		本人			同・別		千円	千円
		配偶者			同・別		千円	千円
		父			同・別		千円	千円
		母			同・別		千円	千円
					同・別		千円	千円
					同・別		千円	千円
計						千円	千円	
就学者	続柄	氏名	年齢	設置者別	学校種別	通学別		
				国・公・私立	小・中・高・短・大 専修(高等・専門)	自宅・自宅外		
				国・公・私立	小・中・高・短・大 専修(高等・専門)	自宅・自宅外		
				国・公・私立	小・中・高・短・大 専修(高等・専門)	自宅・自宅外		
障害関係	続柄	種別	疾病期間		心身障害の場合は障害者手帳のコピーを提出してください。			
		心身障害 長期診療	年 月から長期診療					
奨学金を希望するに至った家庭事情や、その他特に説明を要することを記入してください。								
-----								
-----								
-----								

切取線

- 生計を一にする家族(配偶者・父母等)の、収入金額の記載の有る所得証明書(市町村発行のものに限る)を必ず添付してください。  
無所得の場合も証明書が必要です。なお、本人の証明書も必要となります。※源泉徴収票は不可
- 太枠内のみ記入してください。
- 記入について不明な点は、事務局にお問合せください。
- 本申込書に記載の個人情報及び添付書類については、判定及び貸与・返還管理のみに使用します。

FSG奨学生基金事務局記入欄

【判定結果】 合 ・ 否

【奨学生番号】 \_\_\_\_\_

# 入学選考料 振込用紙

## 振込方法

出願前に入学選考料25,000円を下記の方法で納入してください。

- 振込手数料は出願者の負担となります。
- 理由のいかんを問わず、一旦納入された入学選考料は返金できませんのでご了承ください。

### 金融機関窓口でお振込みの場合

- 専用振込用紙の太枠内を記入後、(A) (B) (C)を切り離さずに金融機関(ゆうちょ銀行は不可)窓口を持参し、入学選考料を納入してください。
- 納入後、金融機関受付押印済みの「(A) 振込受付証明書」を出願書類の所定箇所に貼付し、「(B) 振込金領収書」は出願者が保管してください。

### ATMでお振込みの場合

- 振込人名は「10」と入力後、出願者の氏名を入力してください。振込先は下記の通りです。
- 納入後、振込の確認ができる利用明細の原本を出願書類の所定箇所に貼付してください。
- 利用明細の原本を提出していただくため、利用明細をコピーし、出願者が保管してください。

※右記の専用振込用紙は使用しないため、金融機関の受付印・収納印は不要です。

振込先 東邦銀行 郡山営業部  
 預金種目 普通預金  
 口座番号 1953264  
 受取人名 学校法人 新潟総合学院  
 国際メディカルテクノロジー専門学校  
 ガク)ニイガタソウゴウガクイン  
 コクサイメディカルテクノロジー  
 センモンガッコウ

## (A) 振込受付証明書 (出願書類提出用)

平成	年	月	日
金額			
¥ 25000			
受取人	学校法人 新潟総合学院 国際メディカルテクノロジー専門学校		
振込先銀行	東邦銀行 郡山営業部		
預金種目	普通預金		
口座番号	1953264		
フリガナ	10		
出願者氏名			
志望学科	看護学科通信課程		

(取扱店) 店

金融機関受付印
---------

※ATMでの振込の場合は、金融機関の受付印は不要です。  
 ※出願書類の所定箇所に貼り付け提出してください。  
 (取扱店→ご依頼人→学校)

## (B) 振込金領収書 (出願者控)

平成	年	月	日
金額			
¥ 25000			
振込手数料			
受取人	学校法人 新潟総合学院 国際メディカルテクノロジー専門学校		
振込先銀行	東邦銀行 郡山営業部		
預金種目	普通預金		
口座番号	1953264		
フリガナ	10		
出願者氏名			
志望学科	看護学科通信課程		

上記の通り振込金として領収いたしました。  
 (取扱店) 店

収納印または振込印
収入紙

※ATMでの振込の場合は、金融機関の収納印は不要です。  
 (取扱店→ご依頼人)

## (C) 振込依頼書

平成	年	月	日
振込先銀行	東邦銀行 郡山営業部		
預金種目	普通預金		
口座番号	1953264		
受取人	ガク)ニイガタソウゴウガクイン コクサイメディカルテクノロジーセンターモンガッコウ		
受取人住所	〒963-8811 福島県郡山市方町2丁目4番10号 i-medical ANNEX TEL 024-973-5679		
出願者(依頼人)	フリガナ	10	
氏名	漢字		
住所			
TEL			

◎各紙の太枠の中だけボールペンで記入ください。

収納印または振込印
金融機関へのお願い
(A)・(B)・(C)の各票に受付印・収納印を押し印の上、
(A)・(B)をご依頼人へお渡しく下さい。

(取扱店保管)

※ATMでの振込の場合は、金融機関の収納印は不要です。

切り取り線

切り取り線

切り取り線

切り取り線

## 個人情報の取扱いについて

### ■個人情報の利用目的

皆様からご提供いただいた個人情報は、入学試験のため利用させていただきます。また、入学決定者の情報は学生管理の情報として利用します。

### ■個人情報の第三者への提供

国際メディカルテクノロジー専門学校は、ご提供いただいた個人情報を以下の場合を除き、ご本人の承諾なしに第三者（業務委託先を除く）に開示いたしません。

- 各種教育ローンを希望する場合の提携金融機関への一切の連絡

### ■個人情報の委託

国際メディカルテクノロジー専門学校は、外部の企業に個人情報のデータ処理を委託することがあります。

### ■個人情報の共同利用

国際メディカルテクノロジー専門学校は、下記の法人間において個人情報のデータを共同利用することがあります。

- 共同利用の範囲／FSGカレッジリーグ ※注1
- 共同利用する情報の種類／氏名・住所・電話番号・性別・当校への資料請求履歴
- 情報管理の責任者／国際メディカルテクノロジー専門学校の下記お問合せ窓口

### ■個人情報提供の任意性

国際メディカルテクノロジー専門学校は、入学願書等の入学試験に必要な書類を提出していただくにあたり、個人を識別するために氏名・住所・電話番号などをお聞きます。また個人の属性に関する情報（年齢など）をお聞きする場合があります。原則該当する項目への記入をお願いします。特定の必要項目に記入していただかないと入学試験を受験できない場合がありますので、ご注意ください。

### ■個人情報の正確性

国際メディカルテクノロジー専門学校は、ご提供いただいた個人情報を正確にデータ処理するよう努めます。

### ■個人情報の開示・訂正・削除

個人情報は原則として本人に限り、開示・訂正・削除を求めることができます。具体的な方法は記載されている連絡先にお問合せください。

### ■本人確認について

国際メディカルテクノロジー専門学校は、個人情報の開示・訂正・削除の求めに応じる場合、個人を識別できる情報（氏名・住所・電話番号・生年月日・メールアドレスなど）により、本人であることを確認します。本人以外が個人を識別できる情報を入手し使用した場合、国際メディカルテクノロジー専門学校は責任を負いません。

### ■個人情報保護管理

記載していただいた個人情報は、下記の者が責任を持って管理いたします。

国際メディカルテクノロジー専門学校 個人情報保護管理者 佐藤本実

### ■問合せ先

国際メディカルテクノロジー専門学校の個人情報管理に関する質問は、上記の個人情報保護管理者にご連絡ください。

※10時00分～12時00分・13時30分～17時00分（土曜・日曜・祝日及び国際メディカルテクノロジー専門学校の休校日は除く）

国際メディカルテクノロジー専門学校 ☎ 0800-800-0891

※1 FSGカレッジリーグ（5校）

国際メディカルテクノロジー専門学校、郡山情報ビジネス公務員専門学校、国際アート&デザイン専門学校、専門学校国際情報工科大学校、国際ビューティ・ファッション専門学校



