

高等学校長殿
進路指導担当者殿
学級担任殿

学校法人 三幸学園
大阪医療秘書福祉&IT専門学校
学 校 長

高校推薦のご依頼

2025年4月本校入学志望者選考実施にあたり、貴校生徒のうち本校へ進学を志望し、下記に該当する生徒がいらっしゃいましたら、選考時に考慮いたしますので、ご推薦くださいますようご依頼申し上げます。

記

《高校推薦入学について》

- 高校推薦の要件は以下のことについて校長、進路指導担当者、学級担任のいずれかが推薦できる者。
 - 本校の教育目的を理解の上、熱心に知識と技能の習得を志す者。
 - 2025年3月高等学校卒業見込の者。
- 提出書類
 - 入 学 願 書 (32 ページ*写真貼付) } 本校所定の用紙
 - 高 校 推 薦 書 (22 ページ)
 - 在籍高等学校調査書 (高等学校長が証印し、厳封したもの)
～以下、希望者のみ追加書類～
 - 三幸学園初期費用軽減&学費分割制度利用申込
(貸与奨学金の採用候補者に決定した方、もしくは申請中の方 入学願書裏面 33 ページ)
 - 日本学生支援機構奨学金の「採用候補者決定通知」のコピー
(三幸学園初期費用軽減&学費分割制度の利用希望者で採用候補者に決まった方のみ)
 - 三幸学園給付奨学金&学費納入制度利用申込
(給付奨学金の採用候補者に決定した方、もしくは申請中の方 入学願書裏面 33 ページ)
 - 日本学生支援機構給付奨学金の「採用候補者決定通知」のコピー
(三幸学園給付奨学金&学費納入制度の利用希望者で採用候補者に決まった方のみ)
 - 入 寮 申 込 書 (学生寮希望者のみ)
- 選 考 料 20,000 円

《三幸学園特待生入学への高校推薦について》

本校では、医療・薬業・保育・福祉・IT業界に貢献できる有能な人材を育成するために、学業・人物ともに優秀な生徒に対し三幸学園特待生制度を用意しています。以下の条件に該当する生徒がいらっしゃいましたら、ご推薦くださいますようご依頼申し上げます。(選考にあたりましては、書類審査・面接試験・筆記試験を実施します。)

- 高校推薦の要件は以下のことについて校長が推薦できる者。
 - 本校を第一志望とする者。
 - 本校の教育目的を理解の上、熱心に知識と技能の習得を志す者。
 - 2025年3月高等学校卒業見込の者。
- 提出書類
 - 入 学 願 書 (32 ページ*写真貼付) } 本校所定の用紙
 - 三幸学園特待生推薦書 (24 ページ)
※ボランティア活動の経験がある者は「ボランティア活動経験者特典」を利用することができます。その場合は筆記試験が免除となります。
 - 在籍高等学校調査書 (高等学校長が証印し、厳封したもの)
～以下、希望者のみ追加書類～
 - 三幸学園初期費用軽減&学費分割制度利用申込
(貸与奨学金の採用候補者に決定した方、もしくは申請中の方 入学願書裏面 33 ページ)
 - 日本学生支援機構奨学金の「採用候補者決定通知」のコピー
(三幸学園初期費用軽減&学費分割制度の利用希望者で採用候補者に決まった方のみ)
 - 三幸学園給付奨学金&学費納入制度利用申込
(給付奨学金の採用候補者に決定した方、もしくは申請中の方 入学願書裏面 33 ページ)
 - 日本学生支援機構給付奨学金の「採用候補者決定通知」のコピー
(三幸学園給付奨学金&学費納入制度の利用希望者で採用候補者に決まった方のみ)
 - 入 寮 申 込 書 (学生寮希望者のみ)
- 選 考 料 20,000 円
※特待生の選考にもれた場合は、「高校推薦入学」として優先入学できますので、再受験する必要はありません。また、医療保育科、介護福祉科の場合は「高校推薦入学希望者」として再選考し、可否を決定いたしますので、こちらも再受験する必要はありません。

以上

高校推薦書

西暦 年 月 日

学校法人 三幸学園
大阪医療秘書福祉&IT専門学校
学 校 長 殿

高等学校名

印

※キャンパス名・校舎名(通信制高校含む)がある方は、右にご記入ください。()

〒 TEL

所在地

推薦者氏名

印

※推薦者は校長、進路指導担当者、学級担任のいずれかとしす。

以下の生徒は、貴校への入学を志望しており、成績、人物、適性、行動共に適格と認めますので、ここに推薦いたします。

フリガナ		性別
氏 名		
生年月日	西暦 年 月 日生 (満 歳)	
西暦2025年3月	科()	卒業見込

※学科以外の課程がある場合は()にご記入ください。

担任	第 学年 組	氏名	印
----	--------	----	---

三幸学園特待生推薦書

学校法人 三幸学園 西暦 年 月 日
大阪医療秘書福祉&IT専門学校
学 校 長 殿

高等学校名

※キャンパス名・校舎名(通信制高校含む)がある方は、右にご記入ください。()

〒 TEL

所在地

校長名

印

三幸学園特待生志願者として、以下の者を適格であると認め推薦いたします。

フリガナ		性別
氏名		
生年月日	西暦 年 月 日生 (満 歳)	
	西暦2025年3月	科()卒業見込 <small>※学科以外の課程がある場合は()にご記入ください。</small>
記載者名		印
推薦理由		
※ボランティア活動経験者特典を希望する場合は下記ボランティア内容をご記入ください。		
〈ボランティア内容〉		

切取線

自己PR推薦書

学校法人 三幸学園
大阪医療秘書福祉&IT専門学校
学校長 殿

西暦 年 月 日

フリガナ		性別
氏名		
生年月日	西暦 年 月 日生 (満 歳)	
最終学歴	高等学校 短大・大学 専門学校 高等専修学校 高卒認定(旧大検)	科 学部
	※キャンパス名・校舎名(通信制高校含む)がある方は、右にご記入ください。()	
	西暦 年 月 卒業見込	卒業

私は次に述べる理由により、自身を貴校の入学者としてふさわしいと考え、ここに自己を推薦いたします。

私の今までの経験や今後の展望について

■経験や展望の種類 (該当する項目に○をつけてください。複数可)

1. 現在 (あるいは過去に)、部活動や習い事、趣味として続けているものがある。
もしくは今後取り組んでみたいことがある。
2. 専門学校入学後に目指したい資格や検定、頑張りたいことがある。
3. 自らの判断で1、2に準ずると思う経験がある。もしくは今後取り組もうとする意思がある。

■具体的な活動の内容

⑩ボールペンで記入 (消えるボールペン不可)

切
取
線

チャレンジ特待生入学制度の趣旨

チャレンジ特待生入学制度について

チャレンジ特待生入学制度は、将来、医療・薬業・保育・福祉・IT業界で活躍を強く希望し、その情熱にあふれるあなたを積極的に受け入れるために本校が採用している入学制度です。選考は、チャレンジ特待生推薦書にご記入いただく具体的な活動内容を考慮した書類審査と、選択された筆記試験及び面接試験にて行います。

チャレンジ特待生推薦書記入例

チャレンジ特待生推薦書

学校法人 三幸学園 西暦 2024年10月1日
 大阪医療秘書福祉&IT専門学校
 学校長 殿

フリガナ	サン コウ ハナ コ	性別
氏名	三幸花子	女
生年月日	西暦 2006年 7月 23日生 (満 18歳)	
高等学校名	三幸 高等学校 普通科 ()	
	※学科以外の課程がある場合は()にご記入ください。 ※キャンパス名・校舎名(通信制高校含む)がある方は、右にご記入ください。()	
	西暦 2025年3月 卒業見込	

私は次に述べる理由により、自身を貴校の特待生としてふさわしいと考え、ここに自己を推薦いたします。
■今の自分にとって、特に重要だと思う過去の経験や活躍した具体的成果について

※具体例は右記を参照ください

あなた自身が推薦できる「活躍した」「積極的に参加した」「成果を残した」内容についてできるだけ具体的に情熱を込めてご記入ください。

(例)
 ・私は高校時代、テニス部の部長を務めており、メンバーが常にテニスに打ち込めるように、全員をまとめ、大会や合宿などの行事を運営し……。
 ・高校時代に所属した日本文学研究部では、中学の頃から何度か読んだことのある芥川龍之介について学びました。彼自身の性格や人物を知るにつれて、次第に彼の作品に対する考え方も変わり……。
 ・私は耳の不自由な人とコミュニケーションをとりたくて中学生の時から手話を学んでいます。今はかなり上達しましたが、本当のコミュニケーションは手話の出来、不出来ではなくて、相手の心との会話こそが必要なのだと思います……。

⑩ボールペンで記入 (消えるボールペン不可)

AOエントリーシート



受付番号
No. _____

※太枠内は記入しないこと

志望学科 コース <small>※志望する学科・コースに○をつけてください。(コースは入学後の希望調査にて最終決定いたしますので、変更可能です。現時点での希望コースに○をつけてください。)</small>	<input type="checkbox"/> 医療秘書科	<input type="checkbox"/> 医療保育科
	<input type="checkbox"/> 医療秘書コース <input type="checkbox"/> 看護クラークコース <input type="checkbox"/> 未定	<input type="checkbox"/> 小児看護コース <input type="checkbox"/> 医療事務保育コース <input type="checkbox"/> 未定
	<input type="checkbox"/> 医師事務コース <input type="checkbox"/> 医療事務総合コース	<input type="checkbox"/> 介護福祉科
	<input type="checkbox"/> 小児クラークコース <input type="checkbox"/> 美容医療コース	<input type="checkbox"/> 総合福祉コース <input type="checkbox"/> 未定
	<input type="checkbox"/> 医療事務科	<input type="checkbox"/> スポーツレクリエーションコース <input type="checkbox"/> 心理福祉コース
<input type="checkbox"/> 診療情報管理士科	<input type="checkbox"/> WEBデザイン・IT科	
<input type="checkbox"/> くすりアドバイザー科	<input type="checkbox"/> WEBデザイナーコース <input type="checkbox"/> ITビジネスコース <input type="checkbox"/> 未定	
選考方法 <small>※希望する選考方法に○をつけてください。</small>	<input type="checkbox"/> 面談 <input type="checkbox"/> 対面 <input type="checkbox"/> オンライン	<input type="checkbox"/> 課題

フリガナ		性別
氏名		
生年月日	西暦 年 月 日生 (満 歳)	
フリガナ	〒 □□□-□□□□	
現住所	都道 府県	
電話番号	自宅	- -
	携帯電話	- -
学歴	都・道 府・県 市・私	高等学校 科 <input type="checkbox"/> 全日制 <input type="checkbox"/> 通信制 <input type="checkbox"/> 定時制 短大・大学 学部 専門学校 高等専修学校 高卒認定(旧大検) (年 月合格) 日本語学校 <small>※キャンパス名・校舎名(通信制高校含む)がある方は、右にご記入ください。()</small>
		西暦 年 月 卒業見込・卒業
保護者署名 (担任も可)	フリガナ 氏名	

⑩ボールペンで記入 (消えるボールペン不可)

裏面も必ずご記入ください。

