

募集要項

募集学科及び人員	調理師専門課程 上級技術学科（2年制）			4 5 名		
入学資格	高等学校卒業（見込み）程度以上 推薦入学については、別項に記載					
願書受付期間 及び選考方法	A O 入 試					

厚生労働大臣・専修学校認可



〒192-0154 東京都八王子市下恩方町352番

TEL：042-652-0511 FAX：042-652-0031

URL：http://houaichouri.sakura.ne.jp/

出願書類

下記書類及び入学検定料（普通為替）をこの書類封筒に入れて郵便もしくはご持参下さい。

- | | |
|--------------|---|
| 【1】入 学 願 書 | 本校所定用紙に本人・保護者が記入したもの。 |
| 【2】入 寮 申 込 書 | 本校所定用紙に本人・保護者が記入したもの。
(入寮者のみ) |
| 【3】写 真 3 枚 | 上半身、無帽で3ヶ月以内に撮影したもの。
(縦4 c m×横3 c m) 願書貼付分を含む。 |
| 【4】健康告知書 | 本校所定用紙に本人が記入したもの。 |
| 【5】推 薦 書 | 本校所定用紙に記入したもの。
(推薦入学希望者のみ) |
| 【6】調 査 書 | 最終出身校発行のもので、成績等の記載があるもの。 |
| 【7】卒業証明書 | 最終出身校発行のもの。但し、調査書に卒業(見込み)の記載があるときは不要。 |
| 【8】入学検定料 | 18,000円(郵便為替) |

入 学 願 書

学校法人 萌愛学園

萌愛調理師専門学校
校長 園田京子 殿

貴校に入学を志願致します。入学の上は、学則を守り
勉学に専念する事を誓います。

年 月 日

※受付年月日

※受付番号

写真貼付欄

(3枚のうち1枚
を貼付する)
上半身・無帽で
3ヶ月以内のもの

縦 4 cm×横 3 cm

(ふりがな) 氏 名			男 女	生 年 月 日	年 月 日 (満 才)	
	(印)		入 寮 の 希 望		無 ・ 有	
現 住 所	〒 -		Tel 携帯		- -	
合 否 通 知 先	〒 -		Tel		- -	
学 歴 (最終学歴)	年 月 立		高等学校 専門学校 短期大学 大 学		卒業見込 卒業 中 退	
職 歴	1. 無 2. 有 (勤務先名称:)					
保 護 者	(ふりがな) 氏 名	(印)	続 柄	生 年 月 日		
	住 所	〒 -		年 月 日		
紹 介 者	無 ・ 有	氏 名		関 係		
貴学志望の動機						
自己アピール (自己推薦)						
※ 学校照合欄 (この欄は記入しないで下さい)						
入 学 願 書		卒業(見込み)証明書		健康告知書		入 寮 申 込 書
調 査 書 (高 校)		推薦書(推薦入学者のみ)		写 真 (3 枚)		

入 寮 申 込 書

※受付年月日	
※受付番号	

学校法人 萌愛学園
萌愛調理師専門学校
校長 園田 京子 殿

入寮を希望します。入寮の上は寮規則を守り、寮生の本分を尽くす事を
確約し、保護者は寮生一身上についての一切の責任を負う事を誓います。

年 月 日

本人署名



保護者署名



(ふりがな) 氏 名		男 女	生年 月日	年 月 日 (満 才)
現 住 所	〒 - Tel ()			
保 護 者	(ふりがな)		続 柄	生 年 月 日
	氏 名			年 月 日
	住 所	〒 - Tel ()		

学校法人 萌愛学園
萌愛調理師専門学校

健康告知書

本告知書は、健康診断書に代わる調査ですので正直に告知記入して下さい。調査内容は、個人情報として保護されます。

ふりがな	
氏 名	年 月 日生

私の健康状態は、以下の通り事実と相違ありません。

身長	c m	体重	k g
視力	右 ・ 矯正 () 左 ・ 矯正 ()		

1、過去3年以内に、病気・ケガのため、入院・手術をしたことがありますか。
(はい ・ いいえ)

「はい」と答えた方は記入して下さい。(傷病名)
(年月または期間)

2、過去3年以内に健康診断を受けて異常を指摘されたことはありますか。
(はい ・ いいえ)

「はい」と答えた方は記入して下さい。(傷病名)
(年月または期間)

3、最近3ヶ月以内に医師の診断・検査・治療・投薬をうけたことがありますか。
(はい ・ いいえ)

「はい」と答えた方は記入して下さい。(傷病名)
(年月または期間)

4、いま治療中の病気・ケガがありますか。(はい ・ いいえ)

「はい」と答えた方は記入して下さい。(傷病名)
(年月または期間)

5、いま飲んでいる薬がありますか。(はい ・ いいえ)

「はい」と答えた方は記入して下さい。(内容)
(年月または期間)

6、視力・聴力・言語・咀嚼機能・その他、身体機能に不自由なところがありますか。
(はい ・ いいえ)

「はい」と答えた方は記入して下さい。(内容)

7、アトピー性皮膚炎ですか。(はい ・ いいえ)

8、アレルギーはありますか。(はい ・ いいえ)

「はい」と答えた方は記入して下さい。(内容)

9、下記の中で、今迄に治療を受けた事のある方はその時の年齢を()の中に、又その対応策がある場合には下記の欄に記入して下さい。

貧血症	(才)	ぜんそく	(才)
心臓病	(才)	てんかん	(才)
腰痛症	(才)	その他	(才)
(対応策)			

10、日常生活・嗜好品について該当する記号に○をつけてお答え下さい。

健康状態	1.健康と思う	2.やや不安がある	3.異常がある
朝 食	1.毎日食べる	2.週3～4日食べる	3.食べない
酒 類	1.飲む(週 日)	2.飲まない	
煙 草	1.吸う (一日 本)	2.吸わない	
睡眠時間	時間 (就寝 時 ・ 起床 時)		
便 通	日に 回 (a. 快便 b. 便秘しやすい c. 下痢しやすい)		

11、食べ物のスキ・キライはありますか。 (はい ・ いいえ)
 (キライな物)

12、他に健康上、気にかかる点のある方はお書き下さい。

13、健康管理のために日頃から心掛けていることがあればお書き下さい。

個人情報保護について

ご記入いただいた健康告知は、入学願書として必要なものとして厳密に管理いたします。本件の目的以外に利用いたしません。

記入日 年 月 日
 ご協力ありがとうございました。

推 薦 書

年 月 日

学校法人 萌愛学園
萌愛調理師専門学校
校長 園田 京子 殿

推 薦 者
所 在 地
学 校 名
学 校 長

印

下記の生徒は人物・身体ともに将来調理師分野での
活躍をめざす者として貴校に入学する事が適格である
と認めますのでここに推薦いたします。

ふりがな
氏 名

年 月 日生（男・女）

推薦理由：

記載責任者

印

たいざいひしべんかんしんこくしょ
滞在費支弁に関する申告書

しゅつがんしゃほんにん
◆出願者本人

フリガナ						こくせき 国籍	
しめい 氏名							
じゅうしょ 住所	〒					けいたいでんわ 携帯電話	
ざいりゅうばんごう 在留カード番号	きげん 期限	ねん 年	がつ 月	ひ 日まで	せいねんがっぴ 生年月日		
ぱすぽーとばんごう パスポート番号	きげん 期限	ねん 年	がつ 月	ひ 日まで	ねん 年	がつ 月	ひ うまれ 日生

けいひしべんしゃ
◆経費支弁者

しめい 氏名				ほんにんかんけい 本人との関係	
じゅうしょ 住所				<input type="checkbox"/> ちち 父	
でんわばんごう 電話番号				<input type="checkbox"/> はは 母	
しょくぎょう 職業	ねんしゅう 年収	えん 円		<input type="checkbox"/> た その他（ ）	

ししゅつじょうきょうなぐいよう
1. 支出状況等概要

がくひげんざいざいがくがっこうか
※学費は、現在在学している学校について書いてください。

がくひ 学費	ねんかん 年間	えん 円
やちん 家賃	つき 月	えん 円
でんきすいどうこうきよりようきん 電気・ガス・水道公共料金	つき 月	えん 円
しょくひ 食費	つき 月	えん 円
でんわりょうぎん 電話料金	つき 月	えん 円
こうつうひ 交通費	つき 月	えん 円
た その他	つき 月	えん 円
ごうけい 合計	つき 月	えん 円

にほんざいじゅうゆうじんれんらくさききんきゅうれんらくさき
日本在住友人連絡先・緊急連絡先

2. 収入状況等概要

① 本国からの送金	年間	円
送金時期	送金方法	
② アルバイトの収入	月	円

3. アルバイト歴（過去2年間のアルバイトを記入）

① 勤務先	期間	年 月 日から 年 月 日まで
住所		
週 回（時間）	時給	円

② 勤務先	期間	年 月 日から 年 月 日まで
住所		
週 回（時間）	時給	円

③ 勤務先	期間	年 月 日から 年 月 日まで
住所		
週 回（時間）	時給	円

④ 勤務先	期間	年 月 日から 年 月 日まで
住所		
週 回（時間）	時給	円

以上の記載内容は事実と相違ありません。

年 月 日

署名