



医療法人 | 社会福祉法人 | 学校法人

おもと会グループ

Challenge!

世界で いちばんの 医療・ 福祉人になる

GUIDE BOOK 2021

— 様式 —

医療法人 おもと会
沖縄リハビリテーション福祉学院

理学療法学科

作業療法学科

言語聴覚学科

介護福祉学科

www.omoto-okiraha.ac.jp

2021年度 入学願書

受付年月日		受験番号	
※		※	
試験種類	<input type="checkbox"/> 総合型選抜（Ⅰ期・Ⅱ期） <input type="checkbox"/> 推薦型選抜（高校・社会人） <input type="checkbox"/> 特別選抜 <input type="checkbox"/> 一般選抜（Ⅰ期・Ⅱ期・Ⅲ期・Ⅳ期）		◎ 試験種類に☑をつけて下さい。 （ ）内は、いずれかを○で囲んで下さい。
第1志望	<input type="checkbox"/> 理学療法学科 <input type="checkbox"/> 作業療法学科	<input type="checkbox"/> 言語聴覚学科 <input type="checkbox"/> 介護福祉学科	◎ 志望学科に☑をつけて下さい。 （ ）内は、いずれかを○で囲んで下さい。 ※第2志望・第3志望・第4志望は、 一般選抜併願希望者のみ記入
第2志望	<input type="checkbox"/> 理学療法学科 <input type="checkbox"/> 作業療法学科	<input type="checkbox"/> 言語聴覚学科 <input type="checkbox"/> 介護福祉学科	
第3志望	<input type="checkbox"/> 理学療法学科 <input type="checkbox"/> 作業療法学科	<input type="checkbox"/> 言語聴覚学科 <input type="checkbox"/> 介護福祉学科	
第4志望	<input type="checkbox"/> 理学療法学科 <input type="checkbox"/> 作業療法学科	<input type="checkbox"/> 言語聴覚学科 <input type="checkbox"/> 介護福祉学科	
ふりがな			写真貼付 1. 上半身、正面向、無帽 2. 最近3ヶ月以内に撮影したもの 3. 全面貼り付けること 4. 縦5cm×横4cm以内
氏名			
2021年度入試を既に受験した者のみ記入	受験学科	受験番号	
生年月日	西暦 年 月 日生（ 歳） (和暦 昭和・平成 年)		
ふりがな			
現住所	〒 _____ Tel (_____) 本人携帯 (_____)		
ふりがな			
合格通知先 <small>(現住所と異なる場合に記入して下さい)</small>	〒 _____ Tel (_____) 本人携帯 (_____)		
出身高校名	西暦 年 月 _____ 高等学校 高等学校卒業程度認定試験		卒業 卒業見込 合格
最終学歴	西暦 年 月 _____ 国立 大学 公立 短期大学 私立 専門学校		卒業 学部 卒業見込 学科 中退

- 記入注意
1. ※印欄には記入しないこと。
 2. ボールペン（黒）または万年筆（黒）の筆記用具で記入。（消せるボールペンは使用不可）
 3. 該当する箇所を○で囲むこと。
 4. 訂正は2本線で消し、上部に記入。（訂正印や修正液は使用しないこと）
- ※ 裏面記載事項あり

履 歴 書

年	月	学歴・職歴（学歴は高校卒業以降を記入）

免 許 ・ 資 格 ・ 賞 罰					
年	月		年	月	

ボランティアなど特記すべき活動（海外留学、研修経験、生徒会、部活動、サークルなど）

	活 動 内 容	年 月 及 び 期 間
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

※ 資格・活動実績を証明する資料または写し（A4版にコピー）を添付して下さい。
 ※ 学歴・職歴または活動内容記入欄が不足する場合は、コピーして使用して下さい。

記載事項に虚偽がないことを証明します。（本人の署名・捺印）

氏 名		受験番号	※
<input type="checkbox"/> 介護福祉学科 <input type="checkbox"/> 理学療法学科 <input type="checkbox"/> 作業療法学科 <input type="checkbox"/> 言語聴覚学科 ※第1志望学科に☑をつけて下さい。			
志 望 動 機			

※ ボールペン（黒）または万年筆（黒）の筆記用具で記入。（消せるボールペンは使用不可）

推薦書

西暦 年 月 日

医療法人おもと会
沖縄リハビリテーション福祉学院長 殿

所在地

学校名

学校長名

印

記載責任者

印

下記の者を貴学院 _____ 学科の学校推薦型選抜入学希望者として推薦いたします。

ふりがな
生徒氏名

生年月日 西暦 年 月 日生

卒業年月 西暦 年 月 卒業見込・卒業

推薦理由（本人の「学業、人物、課外活動、生活態度その他について、推薦できる点を記入して下さい。」）

※

推 薦 書

医療法人おもと会
沖縄リハビリテーション福祉学院長 殿

職員名

西暦 年 月 日 生

(西暦)

入職年月日 年 月 日 ~ 現在に至る

上記の職員を貴学院 介護福祉学科 の学校推薦型入学志願者として
適当な人物であると認めますので推薦いたします。

(西暦)

年 月 日

所在地

会社名

代表者
(役職・氏名)

印

- (注) 1 記入の際には、裏面「記入要項」を参照してください。
2 ※印には、記入しないでください。

1 勤 務 状 況 (※1)	
2 人 物 (※2)	
3 生 活 態 度 そ の 他 (※3)	

推薦書記入要項

本人の「勤務状況、人物、生活態度その他」については、ただ単に「まじめである」「よく活動する」というような概評的及び抽象的な記入ではなく、具体的に記入して下さい。
記入は、ボールペン（黒）または万年筆（黒）を使用して下さい。

(※1) 勤務状況

勤務中における態度、自発性、計画性、持続性、理解力及び創造的思考力等について具体的に記入して下さい。

(※2) 人 物

人柄、性格、対人関係等について具体的に記入して下さい。

(※3) 生活態度その他

生活態度、健康状況、趣味、特技等について記入して下さい。

職 務 証 明 書

医療法人おもと会
沖縄リハビリテーション福祉学院長 殿

職 員 名	
生年月日	年 月 日生
住 所	
電 話	
在職期間	自 年 月 日 から 至 年 月 日 まで ・ 現在に至る ※どちらかに○印をつけて下さい。

上記のとおり、証明します。

年 月 日

所在地

電 話

会社名

代表者

(役職・氏名)

印

受験料振込通知書等

【介護福祉学科用】

注意事項

- ・住所・氏名をはっきりと記入して下さい。
- ・※印欄に取扱銀行いずれか○印を記入して下さい。
- ・用紙（三枚折込）は切り離さずに窓口へ提出して下さい。
- ・最寄りの金融機関でお支払いください。

振込依頼書

介護福祉学科用

ご依頼日	年 月 日					
金額	¥	3	0	0	0	0
取扱銀行	※	沖縄銀行本店営業部 普通口座 2132331				
	※	琉球銀行壺屋支店 普通口座 152829				
受験生	住所					
	ふりがな					
	氏名					
受取人	医療法人おもと会 理事長 石井和博					

上記の通り受験料の振り込みを依頼します。

年 月 日

医療法人おもと会
沖縄リハビリテーション福祉学院
理事長 石井和博

金融機関印

振込通知書

介護福祉学科用

年 月 日						
¥ 3 0 0 0						
取扱銀行	※	沖縄銀行本店営業部 普通 2132331				
	※	琉球銀行壺屋支店 普通 152829				
受験生	住所					
	ふりがな					
	氏名					
受取人	医療法人おもと会 理事長 石井和博					

上記の通り受験料を振り込みましたので
ご通知いたします

年 月 日

金融機関印

様式⑧

振込金受取書(領収書)

介護福祉学科用

年 月 日						
¥ 3 0 0 0						
取扱銀行	※	沖縄銀行本店営業部 普通 2132331				
	※	琉球銀行壺屋支店 普通 152829				
受験生	住所					
	ふりがな					
	氏名					
受取人	医療法人おもと会 理事長 石井和博					

上記の通り受験料として受取りました。

年 月 日

金融機関印

受験料振込通知書等

【理学療法学科用／作業療法学科用】

注意事項

- ・第1志望学科に☑をつけて下さい。
- ・住所・氏名をはっきりと記入して下さい。
- ・※印欄に取扱銀行いずれか○印を記入して下さい。
- ・用紙（三枚折込）は切り離さずに窓口へ提出して下さい。
- ・最寄りの金融機関でお支払いください。

振込依頼書

- 理学療法学科用
 作業療法学科用

ご依頼日	年 月 日					
金額	¥	2	0	0	0	0
取扱銀行	※	沖縄銀行本店営業部 普通口座 2132320				
	※	琉球銀行壺屋支店 普通口座 152843				
受験生	住所					
	ふりがな					
	氏名					
受取人	医療法人おもと会 理事長 石井和博					

上記の通り受験料の振り込みを依頼します。

年 月 日

医療法人おもと会
沖縄リハビリテーション福祉学院
理事長 石井和博

金融機関印

振込通知書

- 理学療法学科用
 作業療法学科用

		年 月 日					
		¥	2	0	0	0	0
取扱銀行	※	沖縄銀行本店営業部 普通 2132320					
	※	琉球銀行壺屋支店 普通 152843					
受験生	住所						
	ふりがな						
	氏名						
受取人	医療法人おもと会 理事長 石井和博						

上記の通り受験料を振り込みましたので
ご通知いたします

年 月 日

金融機関印

様式⑨

振込金受取書(領収書)

- 理学療法学科用
 作業療法学科用

		年 月 日					
		¥	2	0	0	0	0
取扱銀行	※	沖縄銀行本店営業部 普通 2132320					
	※	琉球銀行壺屋支店 普通 152843					
受験生	住所						
	ふりがな						
	氏名						
受取人	医療法人おもと会 理事長 石井和博						

上記の通り受験料として受取りました。

年 月 日

金融機関印

受験料振込通知書等

【言語聴覚学科用】

注意事項

- ・住所・氏名をはっきりと記入して下さい。
- ・※印欄に取扱銀行いずれか○印を記入して下さい。
- ・用紙（三枚折込）は切り離さずに窓口へ提出して下さい。
- ・最寄りの金融機関でお支払いください。

振込依頼書

言語聴覚学科用

ご依頼日	年 月 日					
金額	¥	2	0	0	0	0
取扱銀行	※	沖縄銀行本店営業部 普通口座 2213057				
	※	琉球銀行壺屋支店 普通口座 529626				
受験生	住所					
	ふりがな					
	氏名					
受取人	医療法人おもと会 理事長 石井和博					

上記の通り受験料の振り込みを依頼します。

年 月 日

医療法人おもと会
沖縄リハビリテーション福祉学院
理事長 石井和博

金融機関印

振込通知書

言語聴覚学科用

年 月 日						
¥ 2 0 0 0 0						
取扱銀行	※	沖縄銀行本店営業部 普通 2213057				
	※	琉球銀行壺屋支店 普通 529626				
受験生	住所					
	ふりがな					
	氏名					
受取人	医療法人おもと会 理事長 石井和博					

上記の通り受験料を振り込みましたので
ご通知いたします

年 月 日

金融機関印

様式⑩

振込金受取書(領収書)

言語聴覚学科用

年 月 日						
¥ 2 0 0 0 0						
取扱銀行	※	沖縄銀行本店営業部 普通 2213057				
	※	琉球銀行壺屋支店 普通 529626				
受験生	住所					
	ふりがな					
	氏名					
受取人	医療法人おもと会 理事長 石井和博					

上記の通り受験料として受取りました。

年 月 日

金融機関印

2021年度
沖縄リハビリテーション福祉学院
受 験 票

志望学科	<input type="checkbox"/> 理学療法学科 <input type="checkbox"/> 言語聴覚学科 <input type="checkbox"/> 作業療法学科 <input type="checkbox"/> 介護福祉学科 注) 第1志望学科に☑をつけて下さい。
受験番号	※
ふりがな	
氏 名	S・H 年 月 日生

注意事項

1. 受験票は大切に保管し、受験の際必ず持参して下さい。
 2. 筆記用具はHBの鉛筆、消しゴムを持参して下さい。
 3. 試験当日は、試験開始 15 分前 (8:45) までに試験会場に入室してください。
 4. 上履きを各自持ってきて下さい。
 5. ※印欄は記入しないで下さい。
 6. 昼食は各自で準備して下さい。
 7. 裏面に郵送先の住所・氏名を記入し、63 円切手を貼って下さい。
 8. AO・社会人入試の面接日は、願書受付後に調整します。
- ※インフルエンザ感染予防の為、試験当日は発熱者、咳やのどの痛みのある方はマスクを持参のうえ着用をお願いします。
※インフルエンザと診断され、解熱してから 48 時間を経過していない方、もしくは感染の疑いのある方は、試験当日申し出て下さい。

2021年度
沖縄リハビリテーション福祉学院
受 験 票 控

志望学科	<input type="checkbox"/> 理学療法学科 <input type="checkbox"/> 言語聴覚学科 <input type="checkbox"/> 作業療法学科 <input type="checkbox"/> 介護福祉学科 注) 第1志望学科に☑をつけて下さい。
受験番号	※
ふりがな	
氏 名	S・H 年 月 日生

写真貼付欄

- ・入学願書に貼付した
写真と同一のもの

サイズ (5cm×4cm) 以内

振込金受取書 (領収書) 貼付 様式①

受験番号	※
全面のり付けをして 貼付して下さい。	

郵便はがき



63円切手
を貼付して
下さい。

様

〒901-1393 沖縄県島尻郡与那原町字板良敷1380番の1
医療法人おもと会
沖縄リハビリテーション福祉学院

上のシールをはがし、
この様式⑫を同封してください。

様式⑫

沖縄リハビリテーション福祉学院

連絡シール

□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---

殿

※	PT・OT・ST 介護・看護
---	-------------------

□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---

殿

※	PT・OT・ST 介護・看護
---	-------------------

合格通知先住所・氏名を記入してください。
(受験生本人の住所・氏名を2か所に記入)