



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

— 様式 2021 —

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-okiriha.ac.jp](http://www.omoto-okiriha.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









# 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



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)