

2026 年度 特別推薦

受験番号	※
------	---

※この書類は志願者本人の自筆により黒のボールペン（消えるボールペンは不可）を使用し楷書で記入してください。

フリガナ		生年月日	西暦	年	月	日
氏 名		出身学校	立 高等学校 科 全日制 ・ 定時制 ・ 通信制			
住 所	〒 -					
電話番号	() -	携帯番号	() -			
入試区分	キリスト教会推薦入学試験	希望する 修業年限	・ 2 年 ・ 3 年（長期履修コース） ・ 3 年（トリプル資格取得コース） ※どちらかを○で囲んでください			

本学への志望理由を 400 字程度で記述してください。

[illegible]