

入 所 願 書

写 真 貼 付 縦4cm×横3cm 上半身、脱帽、正面、 背景無地で3箇月以内 に撮影したものを貼付 してください。	多治見市長 年 月 日 フリガナ 氏 名 年 月 日生 (歳)			
現 住 所	〒 電話 () 携帯 ()			
連 絡 先 住 所	〒 電話 () 受験前後に転居の予定があるなど、現住所で連絡がつきにくい場合は記入してください。			
学 歴	学 校 名	卒 業 年 月		
		年 月 卒		
		年 月 卒		
	最終学歴	立 大学 卒業 中退 科 年 月 卒業見込み 学校		
職 歴	勤務先／職種	所 在 地	勤 務 期 間	
			年 月～ 年 月	
			年 月～ 年 月	
			年 月～ 年 月	
家 族	続柄	氏 名	年齢	勤務先／職種
志 望 コ ー ス	<input type="checkbox"/> デザインコース、技術コース			
	<input type="checkbox"/> セラミックスラボ			

健康診断書

フリガナ 氏名			年 月 日生	
住所	〒			
視力	裸眼	右	矯正	右
		左		左
聴力	右			
	左			
既往歴	過去に治療を受けたことのある疾患、現在治療中の疾患、経過観察中の疾患を記入してください。			
	・	歳	病名:	<input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察中
	・	歳	病名:	<input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察中
	・	歳	病名:	<input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察中
	・	歳	病名:	<input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察中
	・	歳	病名:	<input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察中
総合所見	異常なし、要精密検査、要治療等の医師の診断を記入してください。			
上記のとおり診断します。				
年 月 日				
医療機関名				
所在地				
医師の氏名				
⑩				