

一般選抜／大学入学共通テスト利用選抜 航空マネジメント学群 フライト・オペレーション（パイロット養成）コース

出願書類

出願期間内に以下の書類をそろえて郵送してください。書類に不備がある場合は受け付けません。なお、原則として、提出された書類は返却しません。各種証明書については、その発行機関（学校等）に対して照会する場合があります。

出願書類		一般選抜	大学入学共通テスト利用選抜	【記入上の注意】 注意事項をよく読み、書類を準備・作成してください。 出願書類はすべて黒のボールペンで記入してください。 鉛筆や消せるボールペン（フリクション）は使用しないでください。
○…全員提出する書類 △…該当者のみ提出する書類				
1	顔写真データ （インターネット出願時にアップロード）	○	○	- インターネット出願時に「顔写真データ」をアップロードしてください（正面、上半身、脱帽、背景無地）。※アップロードのみのため、提出書類に写真は必要ありません。 - アップロードできるファイル形式は、JPEG（拡張子「.jpg」「.jpeg」）とPNG（拡張子「.png」）です。 - 写真は入学後の学生証写真として利用します。学校の制服やスナップ写真、画質の悪いもの等は避けてください。
2	厳封 高等学校等の調査書等 （編入は最終出身学校の成績証明書）	○	○	⚠ 一般選抜と大学入学共通テスト利用選抜に出願（登録）しても、調査書は1通です。 追加で出願（登録）する場合でも、改めて調査書を提出頂く必要はありません。 - 高等学校等の在学中に留学した場合は、留学先の成績証明書を添付してください（コピー可）。 - 高等学校卒業程度認定試験合格者（旧大学入学資格検定含む）は文部科学省生涯学習政策局発行の「合格成績証明書」（合格証明書ではありません）を提出してください。 - 外国の高等学校を卒業（見込み）の者は、「卒業（見込み）証明書（Diploma）」、「成績証明書」を提出してください。（日本語、英語表記以外のものには日本語訳を添付すること：任意様式） - 大学、短期大学、専門学校等の卒業者も、高等学校等の調査書等を必ず提出してください。
3	入学志願者調書 様式1	○	○	
4	航空身体検査 様式2 の写し（コピー）	○	○	⚠ 一般選抜と大学入学共通テスト利用選抜に出願（登録）しても、航空身体検査の写し（コピー）は1通です。 - 航空身体検査指定医療機関（P.25参照）で受診し、「第1種相当」の証明を受けてください。 - 医療機関での受診および診断結果を受け取るまでに時間を要するため、受診の予約は早めに行ってください。 2021年5月6日以降に受診したものが有効となります。 - 様式の1ページ目は事前に記入し、受診時に医療機関に提出してください（2ページ目は医療機関記入欄です）。
5	令和4年度大学入学共通テストに伴う成績請求票 （貼付する用紙はありませんので、そのまま封筒に入れてください。）	—	○	提出がない場合は大学入試センターに成績の請求ができないため、合否判定を行えません。
6	英語資格・検定試験の資格証明書（コピー可）	○	○	- 出願資格を満たす英語資格・検定試験の資格証明書（コピー）を必ず提出してください。 - その他、諸資格を取得している場合も提出してください。書類審査の参考資料として取り扱います。

外国籍の者（日本の在留資格「永住者」「定住者」を除く）

7	住民票の写し	△	△	- 外国籍で日本の在留資格が「永住者」「定住者」以外の方は提出してください。 - 市・区役所等が発行する「住民票の写し」を提出してください。 ⚠ コピー不可、必ず原本を提出してください。 - 外国籍の方はP.24（6.入学後の渡航に関する注意事項）を併せて確認してください。
8	留学にかかる経費負担計画書 様式3	△	△	- 外国籍で日本の在留資格が「永住者」「定住者」以外の方は提出してください。 - 該当する経費支弁方法を選択し、必要事項を記入のうえ、提出してください。

[様式1]
一般・大学入学共通テスト利用選抜
(フライト・オペレーション(パイロット養成)コース)

受験 番号	*
----------	---

* 欄は記入しないでください。

志 望 学 群 名	コ ー ス 名
航空・マネジメント学群	フライト・オペレーション (パイロット養成)

入学志願者調書

黒のボールペンで記入してください。

氏	名
フリガナ	
漢 字	

学歴：高等学校等の在学期間を記入してください。(所在地：国内は都道府県、海外は国・州)

高等学校等の名称	所 在 地	入学(西暦)	卒業・修了(見込み)	在 学 年 数
		年 月	年 月	
		年 月	年 月	
		年 月	年 月	

高校卒業後の経歴：学歴（大学、予備校、日本語学校、各種専門学校等を含む）・職歴を記入してください。

学校名または勤務先	所 在 地	在 学 ・ 在 職 期 間 (西暦)	在学・在職期間
		年 月～ 年 月	年 か月
		年 月～ 年 月	年 か月
		年 月～ 年 月	年 か月
		年 月～ 年 月	年 か月
		年 月～ 年 月	年 か月

日本国外の滞在・居住歴：期間・目的(観光旅行は除く)に関わらず記入してください。

滞在・居住先国名	帯同者	期 間 (西暦)	目的(留学の場合は派遣団体)
	有・無	年 月～ 年 月 年 か月	
	有・無	年 月～ 年 月 年 か月	
	有・無	年 月～ 年 月 年 か月	
	有・無	年 月～ 年 月 年 か月	
	有・無	年 月～ 年 月 年 か月	

大学の授業参加歴（高大連携・科目等履修生・ディスカバ等。オープンキャンパス等の授業は含まない）

大 学 名	科目／講座名	期 間（西暦）	単位／時間数
		年 月～ 年 月	
		年 月～ 年 月	

最も興味深く読んだ本を順に3冊挙げなさい。

書 名	著 者 名

最近読んだ本を近い順に3冊挙げなさい。

書 名	著 者 名

外国の高校出身者は日本語の学習歴（高等学校等の課程や独習を含む）を記入してください。

学 校 名	学 習 の 期 間（西暦）	学 校 名	学 習 の 期 間（西暦）
	年 月～ 年 月		年 月～ 年 月
	年 月～ 年 月		年 月～ 年 月

外国の高校出身者は受験したすべての統一試験名を記入してください。

試 験 名	受験時期(西暦)	受 験 地	科目別試験の場合は受験した科目名
	年 月		
	年 月		
	年 月		

クリスチャンの場合は記入してください。

年（ 歳）頃より 年（ 歳）	教会
主な活動として挙げられるものがあれば記入してください。	

3親等以内に桜美林学園卒業者または在学者がいる場合は記入してください。

受験者との関係			
氏 名		フリガナ	
卒 業 年 度		学 科 等	

日本国内に在住の方で必ず連絡がとれる方の連絡先等を記入してください。

氏 名	本人との関係
住 所 〒	TEL（ ） - 携帯（ ） -

海外から出願する場合は日本国内の緊急連絡先・通知送付先を記入してください。

氏 名	本人との関係
住 所 〒	TEL（ ） -

[様式2]

(フライト・オペレーション (パイロット養成) コース)

受験
番号

*

* 欄は記入しないでください。

桜美林大学 航空身体検査

年 月 日

1 氏名		2 住所	郵便番号	
------	----------------------	------	------	----------------------

3 本籍(外国人にあっては国籍)	4 生年月日			5 年齢	6 性別		7 総飛行時間				8 過去6月間の 総飛行時間			
	年 月 日				男	女								

9 既往歴等 各項目毎に該当の有無を○印で記入すること。

病名等	有	無	病名等	有	無	病名等	有	無
糖尿病			直腸、肛門の疾患(痔等)			てんかん又は痙攣		
内分泌及び代謝の疾患(高脂血症、高尿酸血症等)			肝臓・胆道系の疾患			失神等の意識障害		
アレルギー疾患(喘息、花粉症等)			腎臓・泌尿器・生殖器の疾患			頻繁又は強度の頭痛		
日中の過度な眠気又はいびきの指摘			関節、背部又は腰部の痛み			眼の疾患		
呼吸器・肺の疾患			外傷			耳鼻咽喉の疾患		
胸痛、胸部圧迫感又は動悸			精神又は神経系の疾患			ふらつき又はめまい		
心臓の疾患			頭部外傷又は脳震盪			治療を要する乗物酔い		
高血圧			自殺未遂			その他治療を要する疾患		
胃腸の疾患			薬物・アルコール依存					

10 該当するものがあればできるだけ詳細に記入すること(部位、原因、時期等)。

	有	無	詳細
入院又は手術			
航空事故又はその他の事故			
航空身体検査不適合又は国土交通大臣による判定の結果等			
現在常用している医薬品 (外用・睡眠薬を含む。)			
その他の参考事項			

私は、この申請書の記載事項が、私の知り得る限り、真正であることを誓います。

申請者署名

年 月 日

11 検査開始年月日						12 身長 cm						13 体重 Kg						14 BMI						15 尿検査						16 血圧 mmHg																	
																								蛋白			糖			収縮期			拡張期														
17 遠見視力																								18 中距離視力																							
裸眼視力						矯正視力						常用眼鏡 屈折度						右				左				矯正																					
右			・			両眼		右			・			両眼		右			・			適合		不適合		適合		不適合		有	無																
左			・				・				・				・	左			・																												
19 近見視力						20 両眼視機能																		21 視野						22 色覚																	
																								矯正		斜視								不同視								輻湊近点mm		右		左	
																								右			・							有	無	有	無	有	深視力 mm	☐ 二杆		無	距離	正常	異常	正常	異常
左			・								mm	☐ 三杆																																			
23 純音聴力												24 聴力				25 眼圧 mmHg																															
	記号	500Hz				記号	1,000Hz				記号	2,000Hz				記号	3,000Hz				後方 2m																										
右																		適合	不適合	年																	月		日		右	左					
左																				検査年月日																											
26 安静時心電図検査								27 胸部エックス線検査								28 脳波検査																															
	年		月		日		正常	異常		年		月		日		正常	異常					年		月		日		正常	異常																		
検査年月日																		検査年月日																													
29 検診所見 各項目毎に正常・異常の所見を○印で記入するとともに、異常の所見については「30 医師記入欄」に詳細に記入すること。																																															
項目						正常	異常	項目						正常	異常	項目						正常	異常																								
頭部、顔面及び頸部								脊柱、筋及び骨格								外耳・中耳(聴力は23・24項に記載)																															
呼吸器又は胸部(乳房を除く。)								皮膚又はリンパ系								鼓膜(穿孔等)																															
心臓(心音・心雑音・不整脈等)								精神系(行動、気分、コミュニケーション、記憶等)								鼻、副鼻腔及び咽喉頭																															
脈管系(左右差、脈拍数等)								神経系(脳神経、腱反射、平衡機能、感覚、協調運動等)								口腔及び歯牙																															
腹部(ヘルニアを含む。)								眼(視力視野等は17項から22項までに記載)								全身状態																															
腎・泌尿器・生殖器系								眼球運動(共同運動、眼振等)								その他																															
上下肢(筋力・可動域等)																																															
30 医師記入欄																桜美林大学より指定医療機関への連絡欄																															
☐ 航空業務に支障をきたすような特記事項なし。																左記30 医師記入欄の該当する項目にチェック(レ点)をしてください。																															
☐ 第1種基準においても適合。																																															
本書類は、桜美林大学受験においてのみ使用可である。																																															
31 適否の別																																															
☐ 第1種基準において適合																																															
☐ 第1種基準において不適合																																															
32 不適合の理由																																															
33 証明に付した条件																34 航空身体検査指定機関の名称及び代表者氏名																35 指定航空身体検査医の氏名															
																印																印															
航空身体検査指定機関指定書番号																			航空身体検査医指定書番号																												

留学にかかる経費負担計画書

志願者氏名	
フリガナ	

桜美林大学に留学する間の学納金等の費用について、該当する支出元すべての□にチェック（レ点）をし、金額を明記してください。

合計金額が、1年間の学納金を十分賄える金額となるように記入してください。

支出元		金額（単位：日本円）
☐	本人	約_____万円／年
☐	親族 (氏名：_____ (志願者との関係：_____ (住所：_____)	約_____万円／年
☐	政府またはその他財団 (奨学金名称等：_____)	約_____万円／年
☐	その他 (詳細：_____)	約_____万円／年
合計：		約_____万円／年

上記に示しました内容に相違ないことを誓約いたします。

志願者署名：_____

日付：_____年____月____日

桜美林大学 個別の入学資格審査申請書

桜美林大学長 殿

桜美林大学の入学資格審査を受けたいので、必要書類を添えて申請します。

(フリガナ)

氏 名 (自署)

国 籍

生年月日 年 月 日 (歳)

性 別 男 ・ 女

〒

TEL 自宅

住 所

TEL 携帯

出願予定の学群

出願予定の選抜方式

(学習歴)

① 初等教育 (小学校相当)

教育施設名

教育施設の住所

在 学 期 間 年 月 入 学 ～ 年 月 卒 業

② 中等教育 (中学校相当)

教育施設名

教育施設の住所

在 学 期 間 年 月 入 学 ～ 年 月 卒 業

③ 中等教育 (高等学校相当)

教育施設名

教育施設の住所

在 学 期 間 年 月 入 学 ～ 年 月 卒 業

④ 教育施設名

教育施設の住所

在 学 期 間 年 月 入 学 ～ 年 月 卒 業