

[様式1]

受験
番号

*

*欄は記入しないでください。

推薦書

厳封扱い

年 月 日

桜美林大学長 殿

指定校制学校推薦型選抜にあたり、桜美林大学のアドミッションポリシーを十分に理解した下記の者を、
学業成績および自立した人物としても適格であると判断し、ここに責任をもって推薦します。

学校名

所在地

電 話

()

学校長名

公
印

ふ り が な		男	西暦	年	月	日生
生 徒 氏 名		女				

志 願 者 の 概 況

注) 学級担任が必要事項を記入し、記名押印後、厳封のうえご提出ください。

出 欠 状 況	調査書に記載された欠席日数の合計	日
健 康 状 況 ○ で か こ む	A 普通	B その他 ()

推薦の理由並びに特記事項等
• 本選抜で推薦するにあたって学業上の特別な理由について
• 本人の学習・生活態度等について
• 志望学群に適していると判断された特記事項について
学級担任 氏名
印

[様式2]

受験
番号

*

*欄は記入しないでください。

学 群 名 等

コース名称

航空・マネジメント学群

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	

日本国外の滞在・居住歴：期間・目的(観光旅行は除く)にかか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)
	年 月～ 年 月
	年 月～ 年 月

学 校 名	学 習 の 期 間 (西暦)
	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(保護者など)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4]

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						

[illegible]

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						幅湊近点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	正常				
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