

入学年月日*	西暦 20 年 月 日	学籍番号*	
--------	-------------	-------	--

※太枠内は事務局記入

2025年度 星槎大学入学志願書

写真
(4cm×3cm)※必ず写真の裏面に
氏名を記載してください。

記入年月日 西暦20 年 月 日

氏名	ふりがな		性別	1.男 <input type="checkbox"/>
	漢字	姓 名		2.女 <input type="checkbox"/>
	ローマ字			3.回答しない
国籍	<input type="checkbox"/> 日本 <input type="checkbox"/> その他()			
生年月日	西暦 年 月 日	年齢	歳	
現住所	ふりがな			
	〒 - 都・道 府・県			
連絡先 (必須)	自宅電話() -	緊急連絡先() -		
	携帯電話() -	緊急連絡先と本人の関係		
	PC メール メールアドレスをお持ちの場合は必ず記入してください。			
	携帯 メール メールアドレスをお持ちの場合は必ず記入してください。			

※マンション・アパート名、部屋番号まで明記してください。

※緊急連絡先は志願者本人以外の連絡先を記入してください。

入学期	<input type="checkbox"/> 4月生 <input type="checkbox"/> 10月生
-----	--

入学区分	正科生	▼希望の専攻・入学年次に☑してください。	
		専攻 入学年次	<input type="checkbox"/> 共生科学専攻 <input type="checkbox"/> 1年次入学 <input type="checkbox"/> 2年次編入学 <input type="checkbox"/> 3年次編入学 <input type="checkbox"/> 4年次編入学
			<input type="checkbox"/> 初等教育専攻
			<input type="checkbox"/> 福祉専攻 <input type="checkbox"/> 1年次入学 <input type="checkbox"/> 3年次編入学
		<input type="checkbox"/> スポーツ身体表現専攻	
	<input type="checkbox"/> グローバルコミュニケーション専攻		
	▼希望の学納金コースに☑してください。		
	コース	<input type="checkbox"/> 定額制(初年度年間費用400,000円) <input type="checkbox"/> 一括 <input type="checkbox"/> 2分納 <input type="checkbox"/> 4分納	
		<input type="checkbox"/> 従量課金制(単位数に応じた費用となる学納金コース)	
	科目等履修生	▼希望の学納金コースに☑してください。	
		<input type="checkbox"/> 従量課金制(単位数に応じた費用となる学納金コース)	
		<input type="checkbox"/> 資格履修生	<input type="checkbox"/> 特別支援学校2種(幼・小・中・高教諭対象)<180,000円> <input type="checkbox"/> 一括 <input type="checkbox"/> 2分納
		<input type="checkbox"/> 小学校2種(幼稚園教諭対象)<200,000円>	
	<input type="checkbox"/> 小学校2種(中学校教諭対象)<180,000円>		
	<input type="checkbox"/> 幼稚園2種(小学校教諭対象)<100,000円>		
	特修生	<input type="checkbox"/> 従量課金制(単位数に応じた費用となる学納金コース)	

入学区分の詳細や分割納入制度については「学生募集要項」P.1～6をご覧ください。

学 歴	高等学校 (西暦) 年 月 入学 ~ (西暦) 年 月 卒・修・退・除・卒業見込
	(西暦) 年 月 入学 ~ (西暦) 年 月 卒・修・退・除・卒業見込
	(西暦) 年 月 入学 ~ (西暦) 年 月 卒・修・退・除・卒業見込
	(西暦) 年 月 入学 ~ (西暦) 年 月 卒・修・退・除・卒業見込
	特修生希望の場合 中学校 (西暦) 年 月 入学 ~ (西暦) 年 月 卒・修・退・除・卒業見込

勤務先名	電話() - (内線) ※電話番号は勤務先への連絡が可能な場合のみ記入してください。
------	--

紹介者	※紹介を受け、ご入学いただいた場合は紹介者氏名を記入してください。 紹介者氏名 _____	グループ校・提携校名 _____
	1.星槎大学在学学生 2.星槎大学卒業生等 3.星槎グループ関係者(保護者を含む) (学校・校舎名:)	

「職業」「志望動機」「媒体・理由」については「学生募集要項」P.14のコード表から選択し、あてはまる数字を記入してください。

職 業	<input type="text"/>	志 望 動 機	<input type="text"/>	媒 体 ・ 理 由	<input type="text"/>
-----	----------------------	---------	----------------------	-----------	----------------------

障がいについての相談	1.ある <input type="checkbox"/> 2.ない <input type="checkbox"/>	種別: 1.視覚障がい 2.聴覚・言語障がい 3.肢体不自由 4.病弱・虚弱 5.発達障がい 6.精神障がい	<input type="checkbox"/>
	障がいについての相談「1.ある」にチェックした方 → 障害者手帳もしくは医師の診断書をお持ちですか。(出願前に必ずご相談ください。支援方法等についてご連絡する場合があります。)		1.有 <input type="checkbox"/>
→ 「1.有」の方は、障害者手帳のコピーまたは医師の診断書を出願書類とともに提出してください。		2.無 <input type="checkbox"/>	

旧学籍番号	以前、本学に在籍したことのある方は、当時の学籍番号、在籍期間を記入してください。 【旧学籍番号】 在籍期間 西暦20 年 月 ~ 西暦20 年 月
-------	---

誓約欄	本 人	星槎の建学の精神、教育の理念を尊重し、学則並びに関連諸規定を遵守することを誓約いたします。 署名日 (西暦) 20 年 月 日 氏 名 _____ (自署)
	保証人	上記の者の在学中の一切の事項についての責任を負います。 ※成人(18歳以上)の場合、保証人は不要です。 署名日 (西暦) 20 年 月 日 保証人氏名 _____ (印) (保証人自署・捺印) 住 所 〒 _____ 本人との続柄 _____ 電話番号 () - _____

教員免許状・資格の取得、プログラムの履修など希望するものに☑してください(複数回答可)。

<input type="checkbox"/> 学士(4年制大学卒業資格) <input type="checkbox"/> 社会福祉士(国家試験受験資格) <input type="checkbox"/> 社会福祉主事(任用資格) <input type="checkbox"/> 支援教育専門士(履修証明プログラム) <input type="checkbox"/> 日本語教師 <input type="checkbox"/> AS(自閉症スペクトラム)サポーター <input type="checkbox"/> 准学校心理士 <input type="checkbox"/> 児童指導員(任用資格)	<input type="checkbox"/> 教員免許状 ※1種・2種についてはいずれかに丸をつけてください。 教員免許状の取得を目指す場合は、必ず「教職課程登録申込書(星槎大学出願書類 様式-③)」を一緒に提出してください(資格履修生を除く)。
<input type="checkbox"/> 幼稚園(1種・2種) <input type="checkbox"/> 中学校「社会」(1種・2種) <input type="checkbox"/> 中学校「保健体育」(1種・2種) <input type="checkbox"/> 中学校「英語」(1種・2種) <input type="checkbox"/> 高等学校「地理歴史」1種 <input type="checkbox"/> 高等学校「保健体育」1種 <input type="checkbox"/> 特別支援学校(視聴知肢病)(1種・2種)	<input type="checkbox"/> 小学校(1種・2種) <input type="checkbox"/> 高等学校「公民」1種 <input type="checkbox"/> 高等学校「英語」1種