

AICHI Medical College
for Physical and Occupational Therapy

2026 年度
専攻科募集要項

リハビリテーション科学専攻

学校法人 佑愛学園

愛知医療学院短期大学

募集定員

◆専攻科

リハビリテーション科学専攻 10名(男・女) 修業年限 1年

出願資格

◆専攻科に入学資格のある者は、次のいずれかに該当する者とします。

- ①理学療法士・作業療法士養成施設として認定を受けた短期大学、専門学校を卒業、または卒業見込みの者。
 - ②前項に該当する者と同等以上の学力があると認められる者。
 - ③リハビリテーション科学を深めることを目的として、本学が認めた者。
- ※学位申請基準については、次ページを参照下さい。

学納金

- ◆入学金 250,000円 [入学金全額免除制度を参照]
- ◆授業料 履修科目 1単位 = 25,000円
- ◆施設設備費 100,000円(年額)

出願方法 入学検定料 (振込み先)

- ◆ 本学所定の出願書類一式を願書送付用封筒にて、簡易書留郵便で<締切日必着>で郵送してください。(封筒サイズ参照)
- ◆ 入学検定料(受験料) 30,000円 (注意: 振込みは受験者本人名)
<振込み先銀行> 三菱UFJ銀行 尾張新川支店
学校法人 佑愛学園〔ガ〕ユウアイガクエン
〔講座番号〕 普通 1192597

※振込控を写真票の裏面に貼付けて送付してください。

入学願書受付 願書受付期間 入学試験会場

- ◆ 入学願書の受付
〒452-0931 愛知県清須市一場 519 愛知医療学院短期大学
- ◆ 願書受付期間 [前期] 2026年2月2日(月)～2月18日(水)
[後期] 2026年2月18日(水)～2月25日(水)
- ◆ 入学試験会場 上記願書受付先に同じ
(交通機関) JR東海道本線「清洲駅」下車徒歩9分
- ◆ お問い合わせ先 フリーダイヤル 0120-25-3311 Tel.052-409-3311
受付時間: 午前9時～午後5時(土日祝除く)

入学願書の手続き (提出書類一式)

- ◆ 入学願書 所定様式S1に記入してください。
- ◆ 研究(希望)計画書 所定様式S2に記入してください。
- ◆ 写真票・受験票・受験料領収書 所定様式S3～S5
に必要事項を記入してください。(振込控を写真票の裏に貼付)
- ◆ 公的な身分証明書のコピー → 本人の顔写真がついている身分証明書
- ◆ 証明書類 → ① 短期大学、専修学校等の卒業証明書、または卒業見込み証明書(開封無効)
② 短期大学、専修学校等の成績証明書(開封無効)
- ◆ 返信用封筒(定型3号)の表面には、受験者の氏名、郵便番号、住所を記入してください。(封筒サイズ参照)

入学手続き

◆入学手続き方法

入学手続きの詳細は、合格通知書と共に送付した「入学手続き案内」に従って、学納金の納入と必要書類を提出してください。

(様式S1)

愛知医療学院短期大学
2026年度 専攻科入学志願票

専攻名	リハビリテーション科学専攻		写真 ・タテ4cm×ヨコ3cm ・3ヶ月以内に撮影のもの ・写真裏面に氏名を記入
受験番号 (記入しないこと)	※ S -		
フリガナ		男	
出願者氏名	⑩	女	
生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (歳)		
現住所	〒 □□□-□□□□		

	(携帯電話番号または電話番号) ()		
近親者の 緊急連絡先	(氏名) (本人との続柄)		
	〒 _____		
	(携帯電話番号または電話番号) ()		
【 学歴 及び 職歴 】 ※高等学校卒業以降の履歴を記入してください。			
年 月 日			卒業
年 月 日			卒業・卒業見込
年 月 日			卒業・卒業見込
年 月 日			
年 月 日			
年 月 日			
年 月 日			
奨学金申請をする場合 A. 本学卒業生 B. 勤務先の推薦			
【 医療施設、企業等に在職のまま入学を志望する方のみ、下記欄に記入してください。 】			
勤務先	名 称	(部署)	
	所 在 地	〒 _____ (電話番号) ()	

※(注) 卒業証明書等と姓がことなる場合は、戸籍抄本を添付してください。

<大学記入欄> ※記入しないでください。

(様式S2)

2026年度 愛知医療学院短期大学
専攻科/リハビリテーション科学専攻

受験番号

 $\otimes S_-$

※欄は記入しないでください。

研究（希望）計画書

[記入にあたっての注意]

入学後に研究を希望する課題または分野等について、概要を1,000字程度にまとめて記入してください。

※パソコンで作成したものを貼付して提出もできます。

[illegible]

(様式S6)

推 薦 書

受験番号 S-

年 月 日

学校法人 佑愛学園

愛知医療学院短期大学

学 長 横尾 和久 殿

(推薦者) 氏 名 _____ 印

役 職 _____

施設名 _____

住 所 _____

(電話) _____

入学志願者との関係 _____

下記の者は、貴短期大学の専攻科「リハビリテーション科学専攻」に入学を志願するにつき、適格者であると認め推薦いたします。

(入学志願者名)

(推薦理由)
