熊本保健科学大学　令和6（2024）年度総合型選抜

|  |  |
| --- | --- |
| エントリー番号 | ※ |

※印欄は記入しないでください。

※**A4サイズ**で印刷してください。

※家族以外の第三者にご記入いただく書類です。

　総合型選抜　志願者評価書

令和　　　年　　　月　　　日現在

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 平成　　　　年　　　　月　　　　日  （満　　　　歳） |
| 志願者　　氏　名 |  |
| **1.どのくらいの期間、志願者を知っていますか。**    **2.どのような立場で志願者を知っていますか。**    **3.志願者の能力について、下記の項目ごとに評価してください。（該当欄に○を記入）**   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | **優れている** | **良い** | **普通** | **やや劣る** | **劣る** | | **リーダーシップ能力** |  |  |  |  |  | | **思考力** |  |  |  |  |  | | **判断力** |  |  |  |  |  | | **表現力** |  |  |  |  |  | | **自主性** |  |  |  |  |  | | **協調性** |  |  |  |  |  |   **4.本学が志願者の第1志望であることを確認してください。**  □確認した　　　□確認していない  **5.志願者が志望学科（専攻）にふさわしい人物かどうかあなたの総合的な判断を下欄に示し（該当欄に☑）**  **その理由を書いてください。**  □強くそう思う　　□そう思う　　　□そう思わない  【理由】           |  | | --- | | 大学使用欄 | |  |     記載日　　　令和　　　　年　　　　月　　　　日  記載者氏名　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　印  所属・役職  ※ 必要に応じて本学よりご連絡を取らせていただく場合があります。  連絡先電話番号 | | | |