

# 受 験 票

(令和6年度第1回入講選考試験)

※受験番号	
-------	--

ふりがな

氏名

(男・女)

写真添付  
縦 4 cm  
横 3 cm  
受験願書と  
同じ写真を  
貼付

◇ 受験の際は本票を机上に置くこと。

※受験番号は記入しないこと。



公益社団法人 日本装削蹄協会



講習終了後の 希望就職先	競走馬関係 ( 中央競馬開業装蹄師 ・ 地方競馬開業装蹄師 ・ 日本中央競馬会職員 )
	生産地関係 ( ) 乗馬関係 ( ) その他 ( )  就職先が確定している者は右の□にチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/>
装蹄経験の有・無	有 (場所・・・ 年 ヶ月) ・ 無
乗馬経験	有 (場所・・・ 年) ( 鞍) ・ 無
乗馬関係の 取得資格等	年 月
	年 月
	年 月
	年 月

志望動機

趣味・特技 (課外活動等)

# 令和6年度装蹄師認定講習会

## 第1回入講選考試験受験願書

公益社団法人 日本装蹄協会

会長 井上 眞 殿

令和 年 月 日

(ふりがな)

受験者

氏名

〒 -

現住所

証明写真

縦4cm×横3cm

3ヶ月以内に撮影

したもので正面上

半身無帽のもの

(連絡先Tel - - )

本受験願書は必ず本人が記入すること

入講選考試験を受験したく、この受験願書に出願手続きに必要な書類を添え、受験料(22,000円)を納入して出願します。

- ①入講選考試験受験願書
- ②履歴書
- ③受験票
- ④健康診断書
- ⑤卒業証明書または卒業見込証明書(最終学歴のもの)
- ⑥調査書
- ⑦健康状態確認用紙
- ⑧入講希望者エントリーシート

(注) 提出された書類に記載された個人情報、入講選考試験に関する事務処理に限り使用します

(令和6年度装蹄師認定講習会入講選考試験受験者用)

## 入講希望者エントリーシート

氏名 \_\_\_\_\_

・以下の1から4について回答して下さい。

1. 馬に係わる仕事に関心をもった理由を教えてください。

2. 今回の進路を決めるにあたって重視したポイントは何ですか。

3. 教育センター修了後に目指す装蹄師の姿を具体的に述べてください。

4. いままでに特に力を注いだものと具体的な活動内容を教えてください。

令和6年度 装蹄師認定講習会選考試験  
健康状態確認用紙

医療機関等ではなく、本人が記入してください。

※この健康状態確認用紙は、本講習会期間中に提供される食事の食材を適切に選択することを目的に記載をお願いしています。ここで記載した内容が、入講選考試験の可否の判定に使用されることはありません。

1. 過去の病歴について

(1) 今までに入院するなどの病気や怪我をしたことがありますか？

- ・ある                      ・ない

(2) (1)で「ある」と回答した者

- ・それはいつですか（具体的な年齢や年月）

・入院期間 \_\_\_\_\_

・病名または症状 \_\_\_\_\_

(3) 現在、定期的に投薬を受けている医薬品がありますか？

- ・ある                      ・ない

(4) (3)で「ある」と回答した者

- ・投薬が必要となる病名

・医薬品名 \_\_\_\_\_

2. アレルギーについて（e x.ハウスダスト・花粉・大豆・タマゴ・そば etc）

(1) 今までにアレルギーを発症したことがありますか？

- ・ある                      ・ない

(2) (1)で「ある」と回答した者

- ・それはいつですか（具体的な年齢や年月）

・アレルギーの原因物（具体的な食品名など） \_\_\_\_\_

(3) (1)で「ある」と回答した者

- ・アレルギーが発症した場合、投薬が必要ですか？

- ・必要                      ・不要

(4) (3)で「必要」と回答した者

- ・医薬品名 \_\_\_\_\_

令和            年            月            日

氏名 \_\_\_\_\_

# 健康診断書

受験者氏名

(性別：男・女)

昭和・平成 年 月 日生 ( ) 歳

視力	左	裸眼 . / 矯正した場合 ( . )
	右	裸眼 . / 矯正した場合 ( . )
色覚	正常 . 色弱 (状況： ) 色盲 (状況： : 全色盲 )	
聴力	左 … 正 . 難 (状況： ) 右 … 正 . 難 (状況： )	
主な既往症	無	
	----- 心疾患 才 . 肺疾患 才 気管支喘息 才 . 腎疾患 才 てんかん症 才 . 腰痛 才 アレルギー症 才 . アトピー症 才 その他の疾患 ( ) ----- ( )	
身体障害	(区分) (異常の有無：有る場合は症状をご記入下さい) 運動 … 無 . 有 視覚 … 無 . 有 聴覚 … 無 . 有 言語 … 無 . 有 その他 … 無 . 有	
その他	身長： cm 体重： kg 右利き・左利き (いずれかに○をして下さい)	
特記事項 (判定)		

診断の結果、上記のとおり相違ないことを証明する。

令和 年 月 日

所在地

(TEL )

医療機関名

医師氏名



払 込 取 扱 票

口座記号・番号はお間違えのないよう記入してください。

00																			
口座記号					口座番号 (右詰めで記入)					金額	千	百	十	万	千	百	十	円	
*	0	0	1	9	0	*	6	*	7	6	3	5	6	2					
加入者名										金額	備考								
公益社団法人 日本装蹄協会										料金	備考								

各票の※印欄は、ご依頼人様においてご記入ください。

加入者名	公益社団法人 日本装蹄協会																
通信欄	令和6年度装蹄師認定講習会 入講試験受験料																
おところ	〒 -																
おなまえ	様																
ご依頼人	様																
日附印	日 附 印																

(ご連絡先電話番号 - - )

ご依頼人欄に、おところ・おなまえをご記入ください。  
 これより下部には何も記入しないでください。

振替払込請求書兼受領証

記載事項を訂正した場合は、その箇所に訂正印を押ししてください。  
 切り取らないでお出しください。

口座記号番号	* 0 0 1 9 0 * 6																		
加入者名	* 7 6 3 5 6 2																		
加入者名	* 公社) 日本装蹄協会																		
金額	千	百	十	万	千	百	十	円											
	*																		
金額	* ¥ 2 2 0 0 0																		
ご依頼人	おなまえ * 様																		
料金	(消費税込み) 日 附 印																		
備考	円																		

この受領証は、大切に保管してください。