

学校法人 未来学園

AO入学エントリーシート

受付 令和 年 月 日

受付番号

記入日 令和 年 月 日

学校名 京都文化医療専門学校 エントリー学科 歯科衛生学科
 (☑をつける) 歯科衛生学科(夜間部)

フリガナ

氏名 性別 男 女

生年月日 西暦 年 月 日生 (昭和・平成 年) (歳)

フリガナ

〒 都道府県
現住所

電話番号(日中連絡の取れる連絡先) (自宅・携帯電話)

学歴 高等学校 卒業 卒業見込
高等学校卒業程度認定試験合格の方(合格年月) 昭和・平成・令和 年 月
高等専門学校・短期大学 卒業 卒業見込
大学・大学院・専修学校 中退

年	月	摘要

参加または参加予定のオープンキャンパス日を記入してください。

1回目	月 日()	4回目	月 日()	個別見学の日を 記入してください。
2回目	月 日()	5回目	月 日()	
3回目	月 日()	6回目	月 日()	

希望するいずれかの面接日を☑してください。(全て午後の時間帯になります。集合時間は別途連絡します。)

<input type="checkbox"/> 7月 7日(日) 午後	<input type="checkbox"/> 8月 2日(金) 午後	<input type="checkbox"/> 9月 8日(日) 午後
<input type="checkbox"/> 7月24日(水) 午後	<input type="checkbox"/> 8月25日(日) 午後	<input type="checkbox"/> 9月21日(土) 午後

エントリー承認者(保護者氏名) 本人との続柄

※未成年者の方のみ記入してください。

個人情報保護: 出願者及びその承認者の個人情報は、入学試験に係わる業務以外に使用いたしません。

- (注) 1. 太枠内は記入しないでください。
2. 該当事項を必ず記入し、該当のものに☑を入れてください。
3. 黒のボールペンを使用し、明確に記入してください。消せるボールペンは使用しないでください。

