

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

フリガナ

氏名

写真貼付欄

- ①上半身・脱帽・正面向
- ②3ヶ月以内に撮影したもの
- ③カラー（縦4.0cm×横3.0cm）
- ④全面糊付けしてください
- ⑤写真の裏面に氏名を記入してください

生年月日 昭和・平成 年 月 日生（ 歳）

フリガナ

〒

現住所

都道府県

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	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込
大学・大学院・専修学校	<input type="checkbox"/> 中退

職歴

在職期間	勤務先
昭・平・令 年 月～昭・平・令 年 月	
昭・平・令 年 月～昭・平・令 年 月	
昭・平・令 年 月～昭・平・令 年 月	

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 5日(日) 午後	<input type="checkbox"/> 8月 6日(木) 午後	<input type="checkbox"/> 9月 6日(日) 午後
<input type="checkbox"/> 7月29日(水) 午後	<input type="checkbox"/> 8月21日(金) 午後	<input type="checkbox"/> 9月26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。

