

# 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

〒 都道府県

現住所

電話番号（日中連絡の取れる連絡先） ー ー （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

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（ ）
2回目	月 日（ ）	5回目	月 日（ ）
3回目	月 日（ ）	6回目	月 日（ ）

個別見学の日を  
記入してください。

月 日（ ）

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"/> 6月12日(日) 午後	<input type="checkbox"/> 7月 9日(土) 午後	<input type="checkbox"/> 8月 9日(火) 午後	<input type="checkbox"/> 9月10日(土) 午後
<input type="checkbox"/> 6月25日(土) 午後	<input type="checkbox"/> 7月24日(日) 午後	<input type="checkbox"/> 8月27日(土) 午後	<input type="checkbox"/> 9月25日(日) 午後

エントリー承認者（保護者氏名）

本人との続柄

※高等学校卒業見込み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。

