

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"/> 6月 9日(日) 午後 | <input type="checkbox"/> 7月 7日(日) 午後 | <input type="checkbox"/> 8月 4日(日) 午後 | <input type="checkbox"/> 9月 8日(日) 午後 |
| <input type="checkbox"/> 6月23日(日) 午後 | <input type="checkbox"/> 7月21日(日) 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

※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。

