

学校法人 未来学園

AO入学エントリーシート

受付 年 月 日

受付番号

記入日 (西暦) 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 (西暦) 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 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) (西暦) 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
(西暦) 年 月 ~ (西暦) 年 月
年 月 ~ 年 月
年 月 ~ 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。

回数	月	日 ()	回数	月	日 ()	個別見学の日を記入してください。
1回目			4回目			
2回目			5回目			月 日 ()
3回目			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13日(土) 午後	<input type="checkbox"/> 7月12日(日) 午後	<input type="checkbox"/> 8月 8日(土) 午後	<input type="checkbox"/> 9月 6日(日) 午後
<input type="checkbox"/> 6月28日(日) 午後	<input type="checkbox"/> 7月25日(土) 午後	<input type="checkbox"/> 8月23日(日) 午後	<input type="checkbox"/> 9月19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。

