

入学志願票

※黒のボールペンで記入してください。

かな		
志願者氏名	(氏)	(名)

写真貼付欄

出願3か月以内に
撮影した、正面上半
身、脱帽のもの

縦4cm×横3cm

性別	男	女	生年月日	年				月	日
	☐	☐							

電話番号	自宅	—	—	携帯電話	—	—
(結果通知先) 現住所	〒					

志願学科 (いずれかに○)	口腔保健学科	☐	口腔工学科	☐
------------------	--------	-----------------------	-------	-----------------------

歯科衛生士国家資格免許の有無			
年	月	取得・取得予定	☐ 無

歯科技工士国家資格免許の有無			
年	月	取得・取得予定	☐ 無

学歴	学 校 名	所在地(都道府県)	卒業・卒業見込		在 学 期 間	年数
高等学校			卒業		～ 年 月 月	年
大学・短大 専門学校 いずれかに○			☐ 卒業	☐ 卒業見込	～ 年 月 月	年
大学・短大 専門学校 いずれかに○			☐ 卒業	☐ 卒業見込	～ 年 月 月	年
			☐ 卒業	☐ 卒業見込	～ 年 月 月	年

※年代順に記載してください。

志望 動機	
----------	--

保護者 (緊急連絡先)	氏名	続柄	電話番号
			— —