

AO入試エントリーシート

※エントリーNo.	
-----------	--

受付日 20 年 月 日

フリガナ			写真（カラー） 3×2.5cm 糊付してください。 写真の裏に、志望 学科と氏名を記入 のこと。
本人氏名	男・女		
生年月日	(西暦) 年 月 日生 (歳)		
現住所	〒 -		
電話番号	自宅	携帯	
学歴 (西暦)	高等学校 科/ 年 月卒業・見込み(担任 先生)		
	大学 学部/ 年 月卒業・見込み・中退		
	専修学校専門課程 高等課程 科/卒業・見込み・中退		
認定資格 (西暦)	高等学校卒業程度認定試験(旧大検) 年 月合格		
職歴 (西暦)	勤務先名	職種	年 月入社・年 月退社
校名	マロニエ医療福祉専門学校	小山歯科衛生士専門学校	
希望学科 ○で囲んで下さい	介護福祉学科 理学療法学科 / 作業療法学科		歯科衛生学科
備考			

1. エントリー用紙提出後でも、申し出によりエントリーを取り消すことができます。
2. 他校との併願エントリーはできません。
3. 記入された個人情報はエントリーした希望校による学生管理の目的以外では使用いたしません。