

名古屋歯科医療専門学校

全面のりづけ

写真

(縦4cm×横3cm)

上半身・正面・脱帽

(6ヶ月以内撮影)

写真裏面に氏名記入

2024年度

AO入試エントリーシート

オープンキャンパス

初回参加日

西暦

年

月

日

本人(自筆で記入のこと)

フリガナ

オープンキャンパスへの参加回数 ※いずれかに○を付けてください。

1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 4回 ・ 5回以上

氏名

西暦 年 月 日生(歳) 性別()

フリガナ

(〒 -) ※都道府県から記入、マンション・アパート名もご記入ください。

住所

自宅TEL () - () - ()

携帯TEL () - () - ()

本人の学歴

※いずれかに○を付けてください。

高等学校

全日制 ・ 通信制 ・ 単位制 ・ 定時制

科

コース

西暦 年 月 日 卒業 ・ 卒業見込

所在地

都道府県

高等学校卒業程度認定試験(旧大学入学資格検定)

年

月

取得

保護者(自筆で記入のこと)

フリガナ

氏名

①将来の目標

②志望動機

③自己アピール

本校使用欄