

# 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  
(☑をつける)

歯科衛生学科  
 歯科衛生学科 (夜間部)

フリガナ

氏名

性別  男  女

### 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全面糊付けしてください  
④カラー・白黒いずれも可  
(縦4.0cm×横3.0cm)

生年月日 西暦 年 月 日生 (昭和・平成 年) ( 歳)

フリガナ

〒 都道府県

現住所

電話番号 (日中連絡の取れる連絡先) (自宅・携帯電話)

学歴

高等学校卒業程度認定試験合格の方 (合格年月)

高等学校  卒業  卒業見込

昭和・平成 年 月

高等専門学校・短期大学・大学・大学院・専修学校  卒業  卒業見込  中退

職歴

年 月 摘要

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 ( )
2回目	月 日 ( )	5回目	月 日 ( )
3回目	月 日 ( )	6回目	月 日 ( )

個別見学の日を  
記入してください。

月 日 ( )

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"/> 7月 9日(日) 午後	<input type="checkbox"/> 8月 7日(月) 午後	<input type="checkbox"/> 9月 9日(土) 午後
<input type="checkbox"/> 7月26日(水) 午後	<input type="checkbox"/> 8月21日(月) 午後	<input type="checkbox"/> 9月24日(日) 午後

エントリー承認者 (保護者)

氏名

本人との続柄

※未成年者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、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。

