

名古屋ユマニテク歯科衛生専門学校

※受付番号
年 月 日受付

※については記入しないでください

2027 年度生

AO入試 エントリーシート

エントリー学科	歯科衛生学科				
面談実施日	年 月 日				
フリガナ					性別
氏名	生年 月日	西暦	年 月 日生		
住所	〒 - 都道府県				
連絡先	自宅電話番号() -		携帯電話番号() -		
	メールアドレス		@ ※連絡のつきやすいアドレスをご記入ください。		
学歴	西暦	年 月	立	高等学校	卒業・卒業見込み
				科・コース	
	西暦	年 月	立	大学	卒業・卒業見込み
			短期大学	卒業・卒業見込み	
			専門学校		
西暦		年 月	高等学校卒業程度認定試験		合格・合格見込み
					(旧大学入学資格検定)

エントリー承認 (高校生の方のみ)	氏名	印
(該当項目に○をお願いします。 保護者 ご担任 進路指導ご担当者)		

1. これまでに重点を置いて活動した事柄や、その成果について記入してください。

2. 事前に相談したいこと、聞いてみたいことがありましたら自由に記入してください。

3. 本誌裏面の課題を記入してください。(作文)

