

# AO入試エントリーシート

八戸保健医療専門学校 事務局 御中

記入日

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

|                      |  |          |  |
|----------------------|--|----------|--|
| 希望学科 ※希望学科に○をつけてください |  |          |  |
| 歯科衛生学科               |  | スポーツ柔整学科 |  |

|                    |                                      |             |               |
|--------------------|--------------------------------------|-------------|---------------|
| ふりがな               |                                      | 性別          | 生年月日          |
| 氏名                 |                                      | 男・女         | 年 月 日         |
| ふりがな               |                                      |             |               |
| 住所                 | 〒 _____                              |             |               |
| 自宅電話               | _____ - _____                        | 携帯          | _____ - _____ |
| 学歴                 | 都道府県                                 | 立           | 高等学校          |
|                    | 年 月                                  | 卒業<br>卒業見込み | 科             |
|                    | 高等学校以外の最終学歴<br>(大学・短大・専門学校・高卒認定試験など) |             |               |
| 入学後、やってみたいと思うことや目標 |                                      |             |               |

【担任の先生または進路指導等の先生へお願い】

本校AO入学希望者としてエントリーすることをご承諾いただいた場合は下記にご署名・捺印願います。

AOエントリー承認

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

|     |   |        |  |
|-----|---|--------|--|
| 承諾者 |  | 本人との関係 | <input type="checkbox"/> 高等学校進路指導部<br><input type="checkbox"/> 担任<br><input type="checkbox"/> その他( _____ ) |
|-----|---|--------|--|