

入学願書

熊本歯科技術専門学校 校長 殿

貴校に入学を希望いたしますので、必要書類を添えてお願いいたします。

該当するものに○をご記入ください

入学試験種別	<input type="checkbox"/>	総合型選抜	<input type="checkbox"/>	推薦型選抜 (歯科医院等)
	<input type="checkbox"/>	推薦型選抜 (指定校)	<input type="checkbox"/>	社会人選抜
	<input type="checkbox"/>	推薦型選抜 (高等学校)	<input type="checkbox"/>	一般選抜

出願科名	<input type="checkbox"/>	歯科技工士科
	<input type="checkbox"/>	歯科衛生士科

ふりがな		性別
氏名		
生年月日	年 月 日	生 満 歳

写 真

1. 正面上半身、脱帽で背景のないもの
2. 最近3ヶ月以内に撮影したもの
3. タテ4cm×ヨコ3cm

現住所	〒 -		
書類送付先	〒 - ※現住所と異なる方のみ		
緊急連絡先	-	本人携帯電話	-
出願資格	年 月	高等学校	科 (コース) 卒業見込・卒業
	年 月	高等学校卒業程度認定試験合格	
	年 月	専門学校 短期大学 大学	学部 (科) 卒業見込・卒業
職 歴	年 月 ~	年 月	勤 務 先

該当するものに○をご記入ください

入学特待試験 申込み		
	希望する	
入 種 別 試 験	<input type="checkbox"/>	指定校推薦
	<input type="checkbox"/>	高等学校推薦
	<input type="checkbox"/>	歯科医院・歯科技工所推薦

希望するものに○をご記入ください

社会人選抜受験者選択科目	
<input type="checkbox"/>	国 語
<input type="checkbox"/>	作 文

中島学園卒業生等優遇制度 申込み					
親族氏名	(旧姓)	続柄	親族生年月日	年 月 日	
科 名	卒業生	年度卒業	在学生	学年在学	

【記入上の注意】

1. 枠内を黒のボールペン（消せるタイプは不可）でご記入ください。
2. 職歴がある方は、直近のものをご記入ください。
3. 社会人選抜を希望する方は、選択科目を一つ選んでください。
4. 中島学園卒業生等優遇制度を希望する方は、本校卒業証明書・本校在学証明書をご提出ください。
5. 裏面にあります「入学検定料の納入証明書等のコピー」をご貼付ください。

受験番号	※学校記入欄
受付日	

<入学検定料の納入証明書等 貼付欄>

取扱金融機関の

- ・受付日付印のある「振込金受取書」のコピー

または、

- ・ATMの「ご利用明細票」のコピー
- ・インターネットバンキングの「振込明細」のコピー

をご貼付ください。