

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。

写真貼付欄

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

ふりがな						
氏名				⑩		
生年月日	年	月	日	年齢	満	歳
現住所	〒(-)					
自宅	〒(-) ※現住所と異なる方のみ記入					
自宅電話	-	-	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			
最終学歴	年	月	専門学校 短期大学 大学	学部 科	卒業見込・卒業	

※最終学歴欄は最終学歴が高等学校卒業の場合は記入しないでください。

■下記の該当する□に✓印をつけてください。

出願科	<input type="checkbox"/> 歯科技工士科 (男女・2年課程・昼間)	<input type="checkbox"/> 歯科衛生士科 (男女・3年課程・昼間)
入試種別	<input type="checkbox"/> 指定校推薦 <input type="checkbox"/> 高等学校推薦 <input type="checkbox"/> 歯科関係機関推薦 <input type="checkbox"/> 社会人1次 <input type="checkbox"/> 一般1次 <input type="checkbox"/> 社会人2次 <input type="checkbox"/> 一般2次 <input type="checkbox"/> 社会人3次 <input type="checkbox"/> 一般3次	

入学特待試験 受験希望者

入試種別	<input type="checkbox"/> 指定校推薦	<input type="checkbox"/> 高等学校推薦	<input type="checkbox"/> 歯科関係機関推薦
------	--------------------------------	---------------------------------	-----------------------------------

社会人入試 出願者

選考方法	<input type="checkbox"/> 作文	<input type="checkbox"/> 国語総合
------	-----------------------------	-------------------------------

■本学園卒業生等入学者優遇制度をご希望する場合は下記内容についてご記入ください。

親族氏名	(旧姓)	親族生年月日	年	月	日
出願者との続柄		科名	卒業生の場合	在学生の場合	
			年卒業	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）で記入してください。
2. 指定校推薦・高等学校推薦・歯科関係機関推薦の方で、入学特待試験を希望される方は、国語総合の試験を受験していただきます。
3. 社会人入試に出願される方は、選考方法を選択してください。
4. 本学園卒業生等入学者優遇制度を希望される方は、在学または卒業証明書を入学願書と一緒に提出してください。

※この枠には記入しないでください。

学校記入欄	
受験番号	
受付日	