

学校法人 未来学園
AO入学エントリーシート

受付 令和 年 月 日

受付番号

記入日 令和 年 月 日

学校名 ☐前橋医療福祉専門学校 エントリー学科 学科
(☒をつける) ☐高崎歯科衛生専門学校 (志望学科)

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カラー（縦4.0cm×横3.0cm）
④全面糊付けしてください
⑤写真の裏面に氏名を記入
してください

生年月日 昭和・平成 年 月 日生 (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 ☐卒業見込
高等学校卒業程度認定試験合格の方 (合格年月) 昭和・平成・令和 年 月
高等専門学校・短期大学 ☐卒業 ☐卒業見込
大学・大学院・専修学校 ☐中退

職歴	在職期間	勤務先
	昭・平・令 年 月 ～ 昭・平・令 年 月	
	昭・平・令 年 月 ～ 昭・平・令 年 月	
	昭・平・令 年 月 ～ 昭・平・令 年 月	

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 ()	個別見学の日を 記入してください。
2回目	月 日 ()	5回目	月 日 ()	
3回目	月 日 ()	6回目	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。)

☐ 6月15日(日) 午後	☐ 7月13日(日) 午後	☐ 8月 7日(木) 午後	☐ 9月 7日(日) 午後
☐ 6月29日(日) 午後	☐ 7月27日(日) 午後	☐ 8月24日(日) 午後	☐ 9月20日(土) 午後

エントリー承認者(保護者氏名) 本人との続柄

※高等学校卒業見込み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は、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。

氏名 _____

志望の理由・その職業に就きたいと思ったきっかけ

自己PR

将来の夢・本校卒業後の展望