

入学願書【 歯科衛生学科 】

2020 年度生 金沢医療技術専門学校

受験番号
* H

受験会場	<input type="checkbox"/> 本校
	<input type="checkbox"/> 札幌

Wライセンス希望の方
<input type="checkbox"/> 鍼灸学科(夜間部)

Wライセンス取得のために、2学科を同時受講される方は上記の□にチェック✓を入れて下さい。

黒ボールペンで、太線枠内全てに楷書で丁寧に記入してください。
該当する□をチェック✓のうえ、必要事項を記入してください。
(ただし、※2,3,4は該当箇所のみ記入)
*印欄は記入しないでください。

ふりがな				性別
氏名				男・女
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日生 (歳)		
ふりがな				
現住所 (書類送付先)	〒			
	TEL() -			
ふりがな				本人との続柄
保護者氏名 ^{※1}				
ふりがな				
連絡先 (上記と同じ場合不要)	〒			
	TEL() -			
出身高校 ^{※2}	都道府県	<input type="checkbox"/> 国立 <input type="checkbox"/> 公立 <input type="checkbox"/> 私立	<input type="checkbox"/> 全日制 <input type="checkbox"/> 定時制 <input type="checkbox"/> 通信制	
	高等学校			科
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月	<input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 卒業	
大検または高卒認定 ^{※3}	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	合格	
最終学歴				<input type="checkbox"/> 大学 <input type="checkbox"/> 短期大学 <input type="checkbox"/> 専門学校
職歴 ^{※4} (短期アルバイトは除く)	年 月 ~ 年 月		<input type="checkbox"/> ____ 学年次中退	
	年 月 ~ 年 月		<input type="checkbox"/> 卒業見込	
	年 月 ~ 年 月		<input type="checkbox"/> 平成 ____ 年卒業	
電話番号 (緊急時)	日中必ず連絡のとれる携帯電話(続柄)等、複数記入可			

受験区分	<input type="checkbox"/> 公募推薦	
	<input type="checkbox"/> AO	
	<input type="checkbox"/> 一般	<input type="checkbox"/> I 期 <input type="checkbox"/> II 期 <input type="checkbox"/> III 期
	<input type="checkbox"/> 社会人	<input type="checkbox"/> 前期 <input type="checkbox"/> I 期 <input type="checkbox"/> II 期

写真貼付欄
3ヶ月以内に撮影のもの 上半身・正面・脱帽 (4.5cm × 4cm)
裏面に記名のこと

※1: 父母またはそれに代わる者(原則として4親等以内の親族)を必ず記入してください。

受験票

学科	歯科衛生	
受験番号	* H	
志願者氏名		
受験区分	<input type="checkbox"/> 公募推薦 <input type="checkbox"/> AO入試	
	<input type="checkbox"/> 一般	<input type="checkbox"/> I期 <input type="checkbox"/> II期 <input type="checkbox"/> III期
	<input type="checkbox"/> 社会人	<input type="checkbox"/> 前期 <input type="checkbox"/> I期 <input type="checkbox"/> II期
Wライセンス	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
受験会場	<input type="checkbox"/> 本校	<input type="checkbox"/> 札幌
入学試験日	月	日 ()

黒ボールペンで、太線枠内全てに楷書で丁寧に記入してください。

写真貼付欄

3ヶ月以内に撮影のもの
 上半身・正面・脱帽
 (4.5cm × 4cm)

裏面に記名のこと

振込通知書

年 月 日		
金額 ￥30,000 円		
先方銀行 北陸信用金庫 本店営業部		
受取人	預金種目	口座番号 0255054
	普通	
ガッコウホウジンホウジョウガクエン 学校法人 豊穰学園 リジチョウ タナカ ケンジ 理事長 田中 健二		
ご依頼人 (生徒名)		

収納印

①取扱店→ご依頼人→学校保存

領収書

年 月 日		
金額 ￥30,000 円		
先方銀行 北陸信用金庫 本店営業部		
受取人	預金種目	口座番号 0255054
	普通	
ガッコウホウジンホウジョウガクエン 学校法人 豊穰学園 リジチョウ タナカ ケンジ 理事長 田中 健二		
ご依頼人 (生徒名)		

手数料 円

収納印

この領収書は、大切に保管してください。

②取扱店→ご依頼人保存

振込依頼書

科目			
依頼日	年 月 日	電信扱	手数料 円
先方銀行	北陸信用金庫 本店営業部 (普通) No. 0255054	金額	￥30,000 円
受取人	ガッコウホウジン ホウジョウガクエン 学校法人 豊穰学園 リジチョウ タナカ ケンジ 理事長 田中 健二		
ご依頼人 (生徒名)	(フリガナ)		
	(おなまえ)		
ご依頼人 (生徒名)	(おところ)		
	電話() -		

【手数料振込人負担】

収納印又は振替印

(取扱店へお願い)
 ①②票に収納印を押印の
 うえ、③票を取扱店にて切
 り取り、その他はご依頼人
 にお渡しください。

③取扱店保存

受験番号	*
------	---

推 薦 書

金沢医療技術専門学校長 殿

下記のことを、貴校の入学適格者と認め推薦いたします。

氏 名

推薦理由

年 月 日

所在地

学校名

校長名

印

*欄は記入しないこと