

令和8年度 函館歯科衛生士専門学校 特待生入学志願票

写真貼付欄

- 1 正面上半身・脱帽
2 タテ4cm×ヨコ3cm
3 最近3か月以内に撮影した写真

出願受理 年 月 日	※
受験番号	※ No.

ふりがな			生 年 月 日
氏 名	(姓)	(名)	平成 年 月 日生
ふりがな			電話番号 ()
本人現住所	〒		—
ふりがな			電話番号 ()
合格通知先	〒 本人現住所と異なる場合にのみ記入		—
出身高等学校	高等学校		
卒業年月日	※ 令和8年3月卒業見込		
高校卒業時 担任教諭名		進学指導 主任教諭名	
保護者又は保証人	ふりがな		
	氏 名	(才)	本人との 続 柄
	ふりがな	電話番号 ()	
	現住所	〒 —	

本校入学 志 望 動 機	
特 技・趣 味 資 格・その他	

湯川学生会館入館希望 (人数に制限があります)		時任会館入館希望 (人数に制限があります)		アパート等紹介希望	
----------------------------	--	--------------------------	--	-----------	--

【記入上の注意】

1 万年筆またはボールペンを用いて(黒または青インクを使用)楷書で正確に記入すること。

2 ※の箇所以外はすべて記入し,該当する事項は○印で囲むこと。