

令和9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9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			本人との 続 柄
	氏 名	(才)		
	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)	
----------------------------	--

【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。