

令和9年度 函館歯科衛生士専門学校 入学志願票

	推薦入学
	試験入学
	社会人入学

出願受理 年 月 日	※
受験番号	※ No.

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

ふりがな			生 年 月 日
氏 名	(姓)	(名)	昭和 平成 年 月 日生 (才)
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		—
最終学歴	学校名		
	昭和 平成 年 月 卒業・卒業見込 令和		
職歴(勤務先) 過年度卒業者のみ記入	(過去)		(現在)
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		
	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】

- 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。
- ※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。