

# AO入学エントリーシート

西暦 年 月 日 [記入日]

志望校	金沢医療事務専門学校
志望コース	<input type="checkbox"/> 医療事務総合学科 <input type="checkbox"/> 医療事務・医療秘書コース <input type="checkbox"/> 医薬品 登録販売者コース

フリガナ		性別
氏名	①	男 ・ 女
生年月日	西暦 年 月 日	
現住所	(〒 - )	
電話番号	自宅 ( ) - 携帯電話 ( ) -	

最終学歴	高等学校名	高等学校 科 西暦 年 月	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込
	担任名	先生	
	高等学校卒業程度認定試験 (旧大学入学資格検定) 合格 (西暦 年 月) ・ 合格見込		
	大学等学校名	大 学 短期大学 専門学校 学部 学科 西暦 年 月	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込

面談希望日	※下記の日程の中から、面談希望日 (1日のみ) にチェックを入れてください。			
	<input type="checkbox"/> 6/9(土)	<input type="checkbox"/> 6/24(日)	<input type="checkbox"/> 7/14(土)	<input type="checkbox"/> 7/24(火)
	<input type="checkbox"/> 7/28(土)	<input type="checkbox"/> 8/4(土)	<input type="checkbox"/> 8/9(木)	<input type="checkbox"/> 8/18(土)
	<input type="checkbox"/> 8/24(金)	<input type="checkbox"/> 9/15(土)		

上記のものがAO入学にエントリーすることを承認します。 ※2019年3月に高校を卒業見込みの方は、保護者の署名が必要です。

保護者氏名 (自署)	①
------------	---

※以下、本校使用欄につき記入しないでください。

面談日時	備考
年 月 日	

※ご記入頂いた個人情報は学生管理の目的以外では使用いたしません。  
※漢字氏名は、戸籍等に基づいて正確に記入してください。  
※黒のボールペン又はペンで記入してください。  
消せるボールペンは使用しないでください。