学校法人　三幸学園
横浜市歯科医師会教育提携校　日本病院会認定校
横浜医療秘書歯科助手専門学校
〒 221-0822　横浜市神奈川区西神奈川 1-18-3
0120-35-1504
☎ 045-402-9878　FAX 045-402-9988

受験番号
No.

※太枠内は記入しないこと

AOエントリーシート

志望学科 コース	科 コース	オープンキャンパス 参加日	月　日

フリガナ		性別	生年月日	年齢
氏　名			19　年　月　日生	

フリガナ	
現住所	〒(　　)－(　　) 都　道 府　県
電話番号	(　　)　　－
学　歴	高等学校　　科 短大・大学　　学部 専門学校 高認(旧大検)(平成　年　月合格)
	平成　年　月　卒業・卒業見込

㊟ボールペンで記入

AO合格内定通知書は平成22年10月31日まで有効

裏面も必ず記入して下さい。

●本校を志望する理由

●あなたが今までに頑張ったことについて記入してください。

＜本校使用欄＞