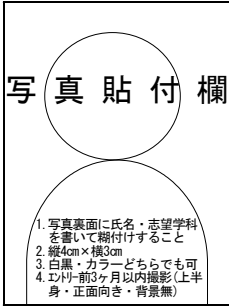


学校法人 行岡保健衛生学園

2020年度 A0入試エントリー・自己PRシート

- このシートは全部で3シート1セットとなります。ご確認のうえご提出下さい。
- 必ず写真を貼付のうえご提出下さい。



フリガナ		年齢
氏名		歳

フリガナ		
現住所	□□□-□□□□	
電話番号	自宅 ( ) —	携帯 ( ) —
出身 高等学校等	都・道・府・県・市・私立	<input type="checkbox"/> 全日制 <input type="checkbox"/> 定時制 <input type="checkbox"/> 通信制 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	高等学校	<input type="checkbox"/> 年3月 卒業見込み <input type="checkbox"/> 年 卒業

エントリー学科 (エントリーする学科に ✓ を記入して下さい)

行岡医学技術専門学校	<input type="checkbox"/> 看護第1学科	<input type="checkbox"/> 歯科衛生科
大阪行岡医療専門学校長柄校	<input type="checkbox"/> 臨床検査科	<input type="checkbox"/> 放射線科
	<input type="checkbox"/> 鍼灸科	

エントリー承認 (エントリー承認については高等学校卒業見込み者のみが対象となります)  
高等学校の先生方へお願い

上記の生徒がA0入試にエントリーすることをご承認いただける場合、ご署名、ご捺印をお願いいたします。

承認者 ご捺印	学校名	高等学校
	承認者	印 (ご担任・進路指導ご担当者)

学園記入欄 (この枠の中は記入しないで下さい。)		
エントリーNo.	受付日	年 月 日
	面談時間	時 分

黒ボールペンで記入して下さい。



