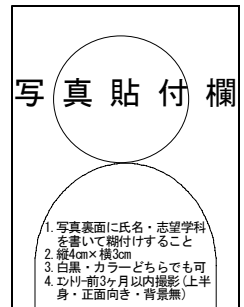


学校法人 行岡保健衛生学園

平成23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	
氏名	

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
近畿医療技術専門学校	<input type="checkbox"/> 臨床検査科	<input type="checkbox"/> 放射線科
行岡鍼灸専門学校	<input type="checkbox"/> 鍼灸科(昼間部)	<input type="checkbox"/> 鍼灸科(夜間部)
行岡整復専門学校	<input type="checkbox"/> 整復科	
行岡リハビリテーション専門学校	<input type="checkbox"/> 理学療法学科	

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
	面談日	年 月 日

黒ボールペンで記入して下さい。

