

# ODIC 大阪歯科学院専門学校

※記入しないで下さい

※受付番号

## ★AO 入試エントリーシート

フリガナ	
氏名	
生年月日	年 月 日生

フリガナ		
〒	—	
現住所	道都 府県	
電話番号	自宅 ( )	携帯 ( )

出身高等学校	都道府縣市私立	卒業見込 卒業
	高等学校	年

高校卒業後、 大学などに進学 された場合のみ	大 学 短期大学 専門学校	卒 業 在 学 中
------------------------------	---------------------	--------------

私は大阪歯科学院専門学校をAO入試で受験したいので、  
エントリーシートを提出致します。

署 名

エントリー承認 (高等学校卒業見込者のみ対象となります)

■高等学校の先生へお願い

上記の生徒がAO入試のエントリーをする事をご承認頂ける場合、ご署名・ご捺印をお願い致します。

担任の先生又は 進路指導の先生	高校名	高等学校
	承認者	印

お問い合わせ ☎06-6532-1861

