

# 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	西暦 年 月 日生

フリガナ	
現住所	〒 ー 道都府県
電話番号	自宅 ( ) 携帯 ( )

出身高等学校	都道府県市私立 高等学校	平成 昭和	年 卒業見込 卒業
--------	-----------------	----------	-----------------

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

