2026年度

AO入試エントリーシート

確認欄1	確認欄2

エントリーNo.	

受付日　2025 年　月　日

フリガナ		写真（カラー） 3×2.5cm 糊付してください。 写真の裏に、志望学科と氏名を記入のこと。
本人氏名	男・女	
生年月日	西暦　年　月　日生（　歳）	
現住所	〒　－	
電話番号	自宅または保護者連絡先	携帯（本人）
学歴（西暦）	高等学校 科/　年　月卒業・見込み （担任　先生）	
	大学 短大　学部/　年　月卒業・見込み・中退	
	専修学校専門課程 高等課程　科/　年　月卒業・見込み・中退	
認定資格	高等学校卒業程度認定試験（旧大検）　年　月合格	
職歴	勤務先名	職種 / 年　月入社 年　月退社

校名	マロニエ医療福祉専門学校	小山歯科衛生士専門学校
希望学科 ○で囲んでください	看護学科 理学療法学科 作業療法学科	歯科衛生学科

備考	

1. エントリー用紙提出後でも、申し出によりエントリーを取り消すことができます。
2. 他校との併願エントリーはできません。
3. 記入された個人情報はエントリーした希望校による学生管理の目的以外では使用いたしません。
4. 太枠内のみご記入ください。

学校法人　産業教育事業団
マロニエ医療福祉専門学校
小山歯科衛生士専門学校