

出願書類在中

2025年度（令和7年度）

入学願書

石川県歯科医師会立歯科医療専門学校
歯科衛生士科

【レターパックプラス記入例】

*各自でレターパックプラス(赤)を3枚購入し、学校宛先を切り取り、それぞれに貼り付ける

⑦受験票送付用レターパックプラス(赤)

「お届け先欄」に受験生「住所・氏名・電話番号」、品名欄に「受験票」を記載

受験生郵便番号

受験生
「住所・氏名・電話番号」

【切り取る】

のり付け

「受験票」

*二つ折りにして
⑨に同封

920-0806
石川県金沢市神宮寺 3-20-5
石川県歯科医師会立歯科医療専門学校
(TEL 076-251-1766)

⑧合否通知書送付用レターパックプラス(赤)

「お届け先欄」に受験生「住所・氏名・電話番号」、品名欄に「合否通知」を記載

受験生郵便番号

受験生
「住所・氏名・電話番号」

【切り取る】

のり付け

「合否通知」

*二つ折りにして
⑨に同封

920-0806
石川県金沢市神宮寺 3-20-5
石川県歯科医師会立歯科医療専門学校
(TEL 076-251-1766)

⑨出願書類レターパックプラス(赤)

「ご依頼主欄」に受験生「住所・氏名・電話番号」、品名欄に「出願書類」と記載

*受験種別ごとに①～⑧から必要なすべての出願書類等を同封して送付

920-0806(本校郵便番号)

【切り取る】

のり付け

受験生
「住所・氏名・
電話番号」

「出願書類」

920-0806
石川県金沢市神宮寺 3-20-5
石川県歯科医師会立歯科医療専門学校
(TEL 076-251-1766)

入学願書

出願方法 (該当欄に☑をつけて下さい)	
<input type="checkbox"/> 推薦	<input type="checkbox"/> 総合型選抜
<input type="checkbox"/> 一般一次	<input type="checkbox"/> 一般二次 <input type="checkbox"/> 一般三次

受験番号	※
------	---

※欄は記入しないこと

志願者	ふりがな			性別		生年月日	西暦	年	月	日生
	氏名									
出願資格			科		西暦	年	月	卒業	卒業見込	卒業見込
	_____ 高等学校		コース					大学入学資格	検定合格	
学歴	西暦	年	月	～	西暦	年	月	中学校卒業		
	西暦	年	月	～	西暦	年	月	高等学校 (卒業)		
	西暦	年	月	～	西暦	年	月	卒業見込		
職歴	西暦	年	月	日	～	西暦	年	月	日	
	西暦	年	月	日	～	西暦	年	月	日	
	西暦	年	月	日	～	西暦	年	月	日	
連絡先	現住所	〒 (-)								
	電話	志願者携帯 - -								
保護者(等)	ふりがな			現住所	〒 (-)					
	氏名				携帯	- -				

貴校学生として入学を希望しますので、関係書類を添えて出願致します。

西暦 年 月 日

志願者氏名



石川県歯科医師会立歯科医療専門学校長 殿

2025年度

石川県歯科医師会立歯科医療専門学校

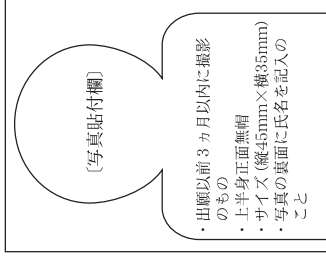
歯科衛生士科

入学試験

写真票

※	受験番号
ふりがな	
氏名	

ふりがな	
氏名	



試験日 ◎該当の試験日に○印を記入下さい。

推薦入試	2024年10月10日(木)
総合型選抜	2024年10月10日(木)
一次	2024年11月28日(木)
二次	2025年1月30日(木)
三次	2025年2月27日(木)

※欄は記入しないこと

2025年度

石川県歯科医師会立歯科医療専門学校

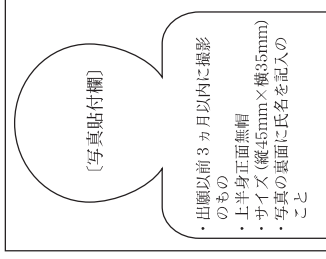
歯科衛生士科

入学試験

受験票

※	受験番号
ふりがな	
氏名	

ふりがな	
氏名	



試験日 ◎該当の試験日に○印を記入下さい。

推薦入試	2024年10月10日(木)
総合型選抜	2024年10月10日(木)
一次	2024年11月28日(木)
二次	2025年1月30日(木)
三次	2025年2月27日(木)

※欄は記入しないこと

注意

- 試験当日に必ず携帯し、机の上に置き、試験係員に示すこと。
- 受験票を万一紛失した場合は、直ちに本校に届け出ること。
- 当日試験開始15分前までに試験会場に入室のこと。
- 上履きは持参すること。

試験科目・時間

〈推薦〉

月日	時間	試験科目
2024年10月10日(木)	13:00~	書類審査 小論文 面接

〈総合型選抜〉

月日	時間	試験科目
2024年10月10日(木)	13:00~	書類審査 小論文 面接

〈一般〉

月日	時間	試験科目
2024年11月28日(木)		国語(現代文) 書類審査 面接
2025年1月30日(木)	13:00~	
2025年2月27日(木)		

切り取り

(切り離さないこと)

受験 番号	※
----------	---

※欄は記入しないこと

学校長推薦書

西暦 年 月 日

石川県歯科医師会立歯科医療専門学校長 殿

所在地

高等学校名

学校長名

公印

下記の者は、西暦 年 月 本校 科卒業見込の者で、
貴校へ進学に適する者と認め、推薦致します。

ふりがな

氏名

生年月日 西暦 年 月 日

推薦理由

記載教諭

印

