

2027年度(令和9年度)

募集要項・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

2027年度 学生募集要項

石川県歯科医師会立歯科医療専門学校 歯科衛生士科

[募集学科] 歯科衛生士専門課程 歯科衛生士科

[取得資格] 専門士(医療専門課程)称号

歯科衛生士国家試験受験資格

[募集定員] 50 名

[修業年限] 3 年

[出願資格]

(1) 高等学校を卒業した者（2027年3月卒業見込みの者）。

(2) 監督官庁が前号（1）と同等と認める者。

[入試要項]

	出願期間	試験日	合格発表	試験科目
推薦入試	2026年 9月24日(木) ～10月6日(火)	2026年 10月15日(木) 13:00～	2026年 10月24日(土)	書類審査 小論文(50分) 面接
総合型選抜	2026年 9月24日(木) ～10月6日(火)	2026年 10月15日(木) 13:00～	2026年 10月24日(土)	書類審査 小論文(50分) 面接
一般入試 〈一次〉	2026年 11月6日(金) ～11月20日(金)	2026年 11月26日(木) 13:00～	2026年 12月5日(土)	書類審査 国語(現代文)(50分) 面接
一般入試 〈二次〉	2027年 1月12日(火) ～1月22日(金)	2027年 1月28日(木) 13:00～	2027年 2月6日(土)	
一般入試 〈三次〉	2027年 2月10日(水) ～2月19日(金)	2027年 2月25日(木) 13:00～	2027年 2月27日(土)	

※推薦入試は学校推薦制、公募制、専願制とする

※公募推薦は、2026年度高等学校卒業見込みの学生とする

※携行品＝受験票、筆記用具、上履き

※一般二次にて定員に達した場合は一般三次を行わない

[提出受付]

- ① 場 所 石川県歯科医師会立歯科医療専門学校 歯科衛生士科
〒920-0806 石川県金沢市神宮寺 3 丁目 20 番 5 号
(石川県歯科医師会館内 2F)
TEL(076)251-1766

- ② 時 間 郵便受付の場合 ㄨ切日必着
窓口受付の場合 月曜日～金曜日 午前 9 時～午後 4 時
(祝祭日は除く)

[試験会場]

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

[入学手続き期間]

	入学手続き期間
推薦入試	2 0 2 6 年 10 月 26 日(月)～11 月 4 日(水)
総合型選抜	2 0 2 6 年 10 月 26 日(月)～11 月 4 日(水)
一般入試〈一次〉	2 0 2 6 年 12 月 7 日(月)～12 月 16 日(水)
一般入試〈二次〉	2 0 2 7 年 2 月 8 日(月)～2 月 17 日(水)
一般入試〈三次〉	2 0 2 7 年 3 月 1 日(月)～3 月 8 日(月)

[学納金]

入学金 300,000 円

	授業料(年額)	実習費(年額)	施設設備費(年額)	合計
入学時	220,000 円	160,000 円	120,000 円	500,000 円
2 年時	220,000 円	180,000 円	120,000 円	520,000 円
3 年時	220,000 円	180,000 円	120,000 円	520,000 円

※学費(授業料・実習費・施設設備費)は分納 [前期・後期]

※既納の入学金及び書類は返還しない

※入学手続き完了後の辞退者は 2 0 2 7 年 3 月 31 日までに入学辞退届を提出すれば入学金以外の既納の納付金を返還する

[私費・諸経費]

別途、諸経費(教科書、実習機器、国家試験旅費等)は

入学時 380,000 円、2 年進級時 120,000 円、3 年進級時 130,000 円程度必要となります

[入学式]

2027年4月8日(木)予定

[その他]

- (1)学生は全員通学とする(学生寮なし)
- (2)学割制度の適用がある(JR、IR、北陸鉄道)
- (3)日本学生支援機構の給付型及び貸与型奨学金制度あり
- (4)本校1年次、2年次成績優秀者への特別奨学金制度があり
- (5)専門実践教育訓練給付金制度指定校である(詳細はホームページを参照)
- (6)学校見学については電話予約にて随時受付(事前申し込み要)

受付時間 月曜日～金曜日 午前9時～午後4時

オープンキャンパス(学校説明会)

〈日程〉

第1回	2026年7月29日(水)	10:00～12:00
第2回	2026年8月21日(金)	10:00～12:00
第3回	2027年3月26日(金)	10:00～12:00

※今年度につきましては、できるだけ多くの希望者にオープンキャンパスに参加していただくため、1回のみのお申し込みをお願いいたします。

〈お問い合わせ〉

〒920-0806 石川県金沢市神宮寺3丁目20番5号(石川県歯科医師会館内2F)

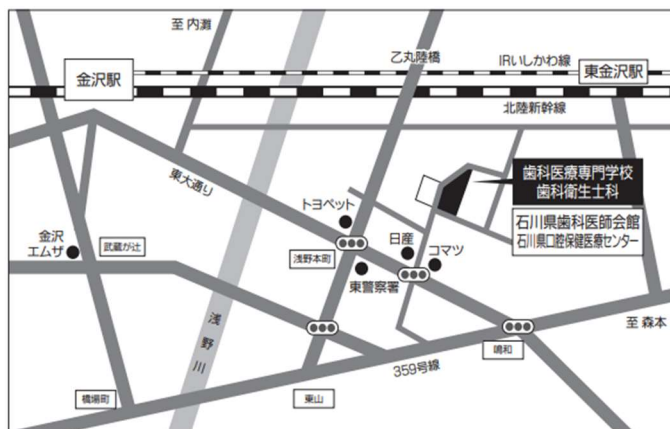
石川県歯科医師会立歯科医療専門学校 歯科衛生士科 教務課

TEL(076)251-1766

ホームページ: ishi-eigaku.com



〈アクセス〉



▲IR 金沢駅下車(東口) 徒歩 26 分

▲IR 金沢駅(東口1番乗り場)

北陸鉄道バス柳橋行き 東警察署前下車徒歩3分

▲IR 東金沢下車 徒歩 18 分

〔出願手続き〕

- (1)推薦入試 ①入学願書②受験票・写真票に必要事項を記入
③学校長推薦書⑤調査書を出身高等学校にて作成・厳封
- (2)総合型選抜 ①入学願書②受験票・写真票に必要事項を記入④総合型選抜推薦書に必要事項記入
⑤調査書を出身高等学校にて作成・厳封
- (3)一般入試 ①入学願書②受験票・写真票に必要事項を記入
⑤調査書を出身高等学校にて作成・厳封

※上記①～④はホームページの入学願書ページからダウンロード

*以下はすべての出願者

- (4)入学検定料 15,000 円を下記指定口座に振り込む(納入期間は願書受付期間中とする)

【振込先】北國銀行 本店営業部 【口座番号】普通 079658

【受取人名】石川県歯科医師会立歯科医療専門学校 【振込人名】受験者本人の氏名(カタカナ)

- (5)本校に提出する書類は受験種別に応じて下表を確認の上、⑦受験送付用レターパックプラス(赤)
⑧合否通知書送付用レターパックプラス(赤)を二つ折りにして同封し、締切日必着にて⑨出願書類レターパックプラス(赤)で郵送

- (6)持参による書類提出は、月曜日～金曜日 午前9時～午後4時に本校教務室へ提出
(祝祭日は除く)

	出 願 書 類	注 意 事 項	推薦	総合型	一般
①	入 学 願 書	本校所定の様式に必要事項を記入して提出。	○	○	○
②	受 験 票 ・ 写 真 票	本校所定の様式の写真貼付欄(2 か所)に写真を貼付して提出。 ※写真は、出願前3 か月以内に撮影のもの。上半身・正面・無帽、縦 4.5 cm×横 3.5 cm。写真裏面に氏名を記入。	○	○	○
③	学 校 長 推 薦 書	本校所定の様式で出身高等学校長の作成した推薦書を提出。	○		
④	総合型選抜推薦書	本校所定の様式自筆で記載すること。		○	
⑤	調 査 書	出身高等学校が作成し、厳封したもの 卒業後、長期間を経過している 受験生で卒業学校にて発行不可の場合、その旨を卒業学校において 記載したものを提出する(書式は問わない)	○	○	○
⑥	高 校 卒 業 証 明 書	2027年3月高等学校卒業見込み者は仮入学時に提出	○	○	○
⑦	受 験 票 送 付 用 レ タ ー パ ッ ク プ ラ ス (赤)	各自でレターパックプラス(赤)を購入し、「お届け先欄」に受験生の 「住所・氏名・電話番号」、品名欄に「合否通知」を記載すること。 P6「宛名票」を切り取り「依頼主欄」に貼り、⑨出願書類レターパ ックプラス(赤)に同封。二つ折り可。	○	○	○
⑧	合 否 通 知 書 送 付 用 レ タ ー パ ッ ク プ ラ ス (赤)	各自でレターパックプラス(赤)を購入し、「お届け先欄」に受験生の 「住所・氏名・電話番号」、品名欄に「受験票」を記載すること。 P6「宛名票」を切り取り「依頼主欄」に貼り、⑨出願書類レターパ ックプラス(赤)に同封。二つ折り可。	○	○	○
⑨	出 願 書 類 レ タ ー パ ッ ク プ ラ ス (赤)	各自でレターパックプラス(赤)を購入し、P6「宛名票」を切り取り 「お届け先欄」に貼り、「依頼主欄」に受験生の「住所・氏名・電話 番号」、品名欄に「出願書類」と記載して、本校に郵送	○	○	○

— 記入上の注意 —

【入学願書記入例】

2027年度 入学試験

入 学 願 書

書類不備の連絡に使用します
必ず志願者と保護者の両方の携帯番号を記入して下さい

出願方法(該当欄に☑をつけてください)	
☒ 推薦	☐ 総合型選抜
☐ 一般一次	☐ 一般二次 ☐ 一般三次

受験番号	※
------	---

※欄は記入しないこと

記入しないで
下さい

志願者	ふりがな	かな	ざわ	はな	こ	性別	生 年 月 日	西暦 2007 年 4 月 5 日生 (満 18 歳)
	氏 名	金 沢 花 子						

出願資格	普通 科		卒業見込
	石川県立いしかわ 高等学校 進学 コース		西暦 2027 年 3 月 大学入学資格検 定 合 格

学 歴	西暦 2021 年 4 月 ~ 西暦 2024 年 3 月	〇〇〇 中学校卒業
	西暦 2024 年 4 月 ~ 西暦 2027 年 3 月	〇〇〇 高等学校 卒業見込
	西暦 年 月 ~ 西暦 年 月	
	西暦 年 月 ~ 西暦 年 月	

職 歴	西暦 年 月 ~ 西暦 年 月
	西暦 年 月 ~ 西暦 年 月
	西暦 年 月 ~ 西暦 年 月

連 絡 先	現住所	〒 (920 - 0806) 石川県金沢市神宮寺 3 丁目 20 番 5 号
	電話	志願者携帯 090 - 1234 - 5678

保護者の自筆で記
入して下さい

保護者(自署)	ふりがな	かな	ざわ	いち	ろう	現住所
	氏 名	金 沢 一 郎				

入学検定料 15,000 円 納入済 ☒ ※納入を完了し、☑を入れてください
--

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いたします。	
西暦 2026 年 9 月 18 日	志願者氏名 金 沢 花 子
石川県歯科医師会立歯科医療専門学校 殿	

印鑑を押して
下さい

1.※印の欄は記入しないでください。

それ以外は、黒インクを使用して、楷書、自筆で記入してください。熱・摩擦等により消えるものは不可

2.現住所は本校が入学前に本人と連絡できる住所を正確に記入してください。

入学願書提出後に現住所、電話番号が変更になった場合は、本校まで連絡してください。

3.生年月日・学歴・職歴などは、西暦で記入してください。

4.入学願書の出願方法欄には該当欄に☑を記入してください。

5.保護者記入欄は全員記入してください(保護者自筆のこと)。

6.記入を間違った場合は、二重線で消し、訂正印をおしてください。

(例)間違った箇所

【レターパックプラス記入例】

各自でレターパック（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

「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

「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「合否通知」を記載

920-0806 (本校郵便番号)

のり付け

受験生
「住所・氏名・電話番号」

「出願書類」

【切り取る】

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)

2027年度 入学試験

入 学 願 書

出願方法(該当欄に☑をつけてください)		
☐ 推薦	☐ 総合型選抜	
☐ 一般一次	☐ 一般二次	☐ 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 (満 歳)
	氏 名								
出願資格	卒業 卒業見込 大学入学資格 検 定 合 格								
	科 西 暦 年 月 _____ 高等学校_____ コース								
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 卒 業 見 込								
	西 暦 年 月 ～ 西 暦 年 月								
	西 暦 年 月 ～ 西 暦 年 月								
職 歴	西 暦 年 月 ～ 西 暦 年 月								
	西 暦 年 月 ～ 西 暦 年 月								
	西 暦 年 月 ～ 西 暦 年 月								
連 絡 先	現住所	〒 (-)							
	電話	志願者携帯 - -							
保護者(自署)	ふりがな				現住所	〒 (-)			
	氏 名					携帯	-	-	

入学検定料 15,000 円 納入済 ☐ ※納入を完了し、☑を入れてください

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いたします。

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 殿

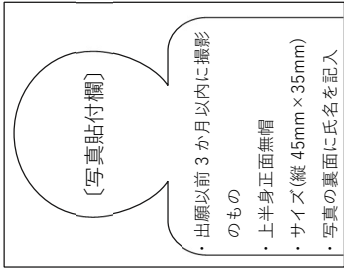
2027 年度

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	



試験日 ◎該当の試験日に○印を記入ください

	推薦入試	2026年10月15日(木)
	総合型選抜	2026年10月15日(木)
	一次	2026年11月26日(木)
	一般入試	2027年1月28日(木)
	三次	2027年2月25日(木)

※欄は記入しないこと

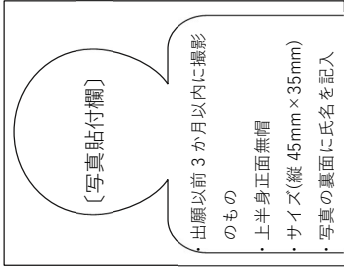
2027 年度

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	



試験日 ◎該当の試験日に○印を記入ください

	推薦入試	2026年10月15日(木)
	総合型選抜	2026年10月15日(木)
	一次	2026年11月26日(木)
	一般入試	2027年1月28日(木)
	三次	2027年2月25日(木)

※欄は記入しないこと

注意

1. 受験票は試験当日に必ず携帯し、机に置き、試験係員に示すこと。
2. 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。
3. 当日試験開始**15分前**までに試験会場に入室すること。
4. 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
2026年10月15日(木)	13:00～	書類審査 小論文(50分) 面接
〈総合型選抜〉		
月 日	時 間	試験科目
2026年10月15日(木)	13:00～	書類審査 小論文(50分) 面接
〈一般〉		
月 日	時 間	試験科目
2026年11月26日(木) 2027年1月28日(木) 2027年2月25日(木)	13:00～	書類審査 国語(現代文) (50分) 面接

切り取り

(切り離さないう)

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、推薦いたします。

ふりがな

氏 名

生年月日 西暦 年 月 日

推薦理由

記載教諭

印

受 験 番 号	※
------------	---

※欄は記入しないこと

総合型選抜推薦書(自己推薦)

西曆 年 月 日

石川県歯科医師会立歯科医療専門学校長 殿

ふりがな

氏 名

生年月日 西曆 年 月 日

推薦理由書

[illegible]