

(様式3)

受 験 票

中央歯科衛生士調理製菓専門学校

※AO入試 エントリー番号 又は受験番号	
志望学科 ○をつけてください。	() 調理製菓総合学科 () 歯科衛生学科
入試区分 ○をつけてください。	() AO入試(選抜型入試) 両学科共通 () 学校推薦型(公募制) 両学科共通 () 学校推薦型(指定校制) 両学科共通 () 一般選抜 両学科共通 () 自己推薦 調理製菓総合学科 () 歯科医師推薦 歯科衛生学科

氏 名	
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日 満()歳
在籍・出身 高等 学 校	例 ○○立○○高等学校
	年 月 卒業見込み・卒業 どちらかを○で囲んでください。
※選 考 日	令和 年 月 日() 午前・午後 時 分から
会 場	学校法人鈴木学園 中央歯科衛生士調理製菓専門学校 静岡県三島市一番町 15-35

- ・AO入試エントリーシートまたは入学願書に記載した内容と同じことを記入してください。
- ・※欄は記入しないでください。
- ・選考日には、この「受験票」と筆記用具を持参してください。