

オープンキャンパス参加票

26日 27日

※保護者等の代理出席の場合は、「参加者氏名等」の代理に○を付けて、学生本人の情報をお書きください。
(氏名には必ずふりがなを記載して下さい。)

参加者氏名等 代理 同伴保護者の人数 名

黒のボールペンにより左詰で記載してください。濁点・半濁点も1マスに記入してください。

氏名

セイ (カタカナ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	メイ (カタカナ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
--------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	--------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

名

姓 (漢字)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	名 (漢字)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
-----------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	-----------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

性別

1 男 2 女	<input type="checkbox"/>	都道府県名	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	区市郡名	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
------------	--------------------------	-------	----------------------	----------------------	----------------------	------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

中学生は中学校名を記入してください。

出身高校等

1 国立 3 私立 2 公立 4 その他	<input type="checkbox"/>	高等学校名	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
-------------------------	--------------------------	-------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

学年 年 既卒者 年卒 (西暦で記載してください)

志望する学科専攻の番号を記入してください。

志望学科 1. 医学部医学科 4. 歯学部歯学科
2. 医学部保健衛生学科看護学専攻 5. 歯学部口腔保健学科口腔保健衛生学専攻
3. 医学部保健衛生学科検査技術学専攻 6. 歯学部口腔保健学科口腔保健工学専攻
7. 未定

※記載された個人情報については、来年度の企画の参考にのみ使用し、それ以外の業務には使用いたしません。