

2025年入学生用

受付日：

No.

※太枠内は記入しないでください

AO入学エントリーシート

MCL盛岡医療大学校 校長 様

志望学科

科

フリガナ		生年月日
氏名		西暦 年 月 日生
現住所	〒 ー ー	
電話番号	本人連絡先	ー ー ー
	保護者連絡先	ー ー ー
学歴	西暦 年 立 高等学校 卒業・卒業見込 担任名 () 先生	
	西暦 年 高等学校卒業程度認定試験 (旧大検) 合格・合格見込	
	西暦 年 立 大学 卒業・卒業見込	
	西暦 年 立 短期大学 卒業・卒業見込	
西暦 年 立 専門学校 卒業・卒業見込		
職歴	会社名	
	勤務期間 西暦 年 月 ~ 西暦 年 月	



左のQRコードより友だち追加後、
面談希望日 (第3希望まで) と、希望の面談形式 (対面・オンライン) を
入力し、送信してください。

※保護者等の署名・捺印が必要です

MCL盛岡医療大学校へAOエントリーすることに同意いたします。 年 月 日

保護者等氏名

印