

令和 7 年度 新潟大学歯学部口腔生命福祉学科第 3 年次編入学試験志願票（2 次）

				※
フリガナ	(姓)	(名)	性別	写真貼付 (縦 4cm×横 3cm) 無帽・上半身・正面向き(受験時に眼鏡を着用する者は、眼鏡をかけて撮影してください。) 出願以前 3 か月以内に撮影したものを貼付してください。
氏名			男	
			女	
生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (満 歳)			

出 願 資 格	
出身歯科衛生士学校等 _____ _____	
所在地	
昭和・平成・令和 年 月	卒業・卒業見込 修了・修了見込 (いずれかを○で囲んでください。)

検定料納付証明書 (新潟大学提出用)
貼 付 欄
○金融機関の窓口で受領した 検定料納付証明書（新潟大 学提出用）を貼付してくだ さい。 (取扱金融機関の収納印が押印 されていることを必ず確認して ください。)

連 絡 先	本 人	フリガナ	
		氏名	
		住所	〒 - 電話 携帯電話
	保 護 者 等	フリガナ	
		氏名	
		住所	〒 - 電話 携帯電話

- (記入上の注意)
- 1 ※印は記入しないでください。
 - 2 年齢は、令和 7 年 4 月 1 日現在の満年齢を記入してください。
 - 3 保護者等氏名、住所は緊急連絡の際などに必要としますので、必ず記入してください。