

令和9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

			※	
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・終了見込
(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)

- ※印は記入しないでください。
- 年齢は、令和9年4月1日現在の満年齢を記入してください。
- 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。