

2026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	〒 一			
電話番号	本人連絡先	一	一	一
	保護者連絡先	一	一	一
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			
職 歴	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			
	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