

出願書類在中

2025年度（令和7年度）

入学願書

石川県歯科医師会立歯科医療専門学校
歯科衛生士科

2025年度 学生募集要項

石川県歯科医師会立歯科医療専門学校 歯科衛生士科

[募集学科] 歯科衛生士専門課程 歯科衛生士科

[取得資格] 専門士(医療専門課程)称号
歯科衛生士国家試験受験資格

[募集定員] 50名

[修業年限] 3年

[出願資格]

(1) 高等学校を卒業した者(2025年3月卒業見込みの者)。

(2) 監督官庁が前号(1)と同等と認める者。

[出願手続]

提出書類

共通提出書類

- 入学願書
所定用紙を使用すること。
- 卒業証明書
2025年3月卒業見込みの者は提出する必要はない。(但し、合格者のみ卒業後提出)
- 写真
出願前3ヵ月以内に撮影した、正面上半身脱帽写真(縦45mm×横35mm)2枚。
(写真票・受験票に貼付)
- 調査書
出身高等学校長が作成し、厳封したもの。
卒業後、長期間を経過している受験生で、卒業学校において発行してもらえない場合は、その旨を卒業学校において記載したものを提出する。(書式は問わない)
- 受験票送付用封筒・合否通知用封筒(所定切手貼付)



| 推薦入学 | 総合型選抜(旧AO入学) |
|---|--|
| ●学校長推薦書 推薦入学志願者のみ提出。 本校所定の用紙を使用し、出身高等学校長の作成したものに限る。 | ●総合型選抜(旧AO入学)推薦書 総合型選抜(旧AO入学)志願者のみ提出。 |

入学検定料 15,000円

(既納の検定料は、事由の如何を問わず返還しない)

[願書受付及び入試要項]

- 願書受付** ① 場 所 石川県歯科医師会立歯科医療専門学校 歯科衛生士科 教務課
〒920-0806 石川県金沢市神宮寺3丁目20番5号
(石川県歯科医師会館内2F)
TEL(076)251-1766
- ② 時 間 郵送受付の場合 ㄨ切日必着
窓口受付の場合 月曜日～金曜日 午前9時～午後4時
(祝祭日は除く)

| | 出願期間 | 試 験 日 | 合格発表 | 試験科目 |
|--------------------|----------------------------------|------------------------------|--------------------|-----------------------|
| 推 薦 入 試 | 2024年 9月18日(水) ～10月 1日(火) | 2024年 10月10日(木) 13:00～ | 2024年 10月19日(土) | 書類審査 小論文 面接 |
| 総合型選抜 (旧AO入試) | 2024年 9月18日(水) ～10月 1日(火) | 2024年 10月10日(木) 13:00～ | 2024年 10月19日(土) | 書類審査 小論文 面接 |
| 一 般 入 試 〈 一 次 〉 | 2024年 11月12日(火) ～11月25日(月) | 2024年 11月28日(木) 13:00～ | 2024年 12月 7日(土) | 国語(現代文) 書類審査 面接 |
| 一 般 入 試 〈 二 次 〉 | 2025年 1月15日(水) ～ 1月27日(月) | 2025年 1月30日(木) 13:00～ | 2025年 2月 1日(土) | |
| 一 般 入 試 〈 三 次 〉 | 2025年 2月13日(木) ～ 2月21日(金) | 2025年 2月27日(木) 13:00～ | 2025年 3月 1日(土) | |

- ※ 推薦入試は、学校推薦制、公募制、専願制とする
- ※ 推薦入学試験は、2024年度高等学校卒業見込みの学生とする
- ※ 携行品=受験票、筆記用具、上履き
- ※ 一般二次にて定員に達した場合は一般三次を行わない

[試験会場]

〒920-0806 石川県金沢市神宮寺3丁目20番5号
石川県歯科医師会立歯科医療専門学校 歯科衛生士科
TEL(076)251-1766

[入学手続期間]

| | 入学手続期間 |
|------------------|---------------------------|
| 推薦入試 | 2024年 10月21日(月)～10月30日(水) |
| 総合型選抜 (旧AO入試) | 2024年 10月21日(月)～10月30日(水) |
| 一般入試〈一次〉 | 2024年 12月 9日(月)～12月19日(木) |
| 一般入試〈二次〉 | 2025年 2月 3日(月)～ 2月12日(水) |
| 一般入試〈三次〉 | 2025年 3月 3日(月)～ 3月10日(月) |

[学納金および私費・諸経費]

学納金

| | 入学金 | 授業料(年額) | 実習費(年額) | 施設設備費(年額) | 合計 |
|-----|----------|----------|----------|-----------|----------|
| 入学時 | 300,000円 | 220,000円 | 160,000円 | 120,000円 | 800,000円 |
| 2年時 | | 220,000円 | 180,000円 | 120,000円 | 520,000円 |
| 3年時 | | 220,000円 | 180,000円 | 120,000円 | 520,000円 |

※ 学費(授業料・実習費・施設設備費)は分納[前期・後期]。

※ 既納の入学金及び書類は返還しない。

※ 入学手続完了後の辞退者は2025年3月31日までに入学辞退届を提出すれば入学金以外の既納の納付金を返還する。

私費・諸経費

別途、諸経費(教科書、実習器具、国家試験旅費等)は
入学時380,000円、2年進級時120,000円程度、3年進級時130,000円程度必要となります。

入学式

2025年4月10日(木)予定

[その他]

- (1) 学生は全員通学とする(学生寮なし)。
- (2) 学割制度の適用がある。(JR、IR、北陸鉄道)
- (3) 日本学生支援機構の貸与型奨学制度あり。(給付型奨学金制度なし)
- (4) 本校1年次、2年次成績等優秀者への奨学金制度がある。
- (5) 専門実践教育訓練給付制度指定校である。(詳細はホームページを参照)
- (6) 学校見学については電話予約にて随時受付。

受付時間 月曜日～金曜日 午前9時～午後5時

【出願手続】

- (1) 推薦入試 ①入学願書、②受験票・写真票に必要事項を記入
③学校長推薦書、⑤調査書を出身高等学校にて作成・厳封
(ホームページの出願ページからダウンロードも可能)
- (2) 総合型選抜 ①入学願書、②受験票・写真票、④総合型選抜推薦書に必要事項を記入
⑤調査書を出身高等学校にて作成・厳封
(ホームページの出願ページからダウンロードも可能)
- (3) 一般入試 ①入学願書、②受験票・写真票に必要事項を記入
⑤調査書を出身高等学校にて作成・厳封
(ホームページの出願ページからダウンロードも可能)

*以下はすべての出願者

- (4) 入学検定料 15,000円を下記指定口座に振り込む。

*【振込先】北國銀行 本店 【口座番号】普通 079658

【受取人名】石川県歯科医師会立歯科医療専門学校

- (5) 本校に提出する出願書類は受験種別に応じて下表を確認の上、⑦受験票送付用レターパックプラス(赤)、⑧合否通知書送付用レターパックプラス(赤)を二つ折りにして同封して、締切日必着にて⑨出願書類レターパックプラス(赤)で郵送
- (6) 持参による書類提出は、月曜日～金曜日 午前9時～午後4時に本校教務室へ提出
(祝祭日は除く)

| | 出願書類 | 注意事項 | 推薦 | 総合型 | 一般 |
|---|----------------------|---|----|-----|----|
| ① | 入学願書 | 本校所定の様式に必要事項を記入して提出。 | ○ | ○ | ○ |
| ② | 受験票・写真票 | 本校所定の様式の写真貼付欄(2か所)に写真を貼付して提出。 ※写真は、出願前3カ月以内に撮影のもの。上半身・正面・無帽、縦4.5cm×横3.5cm。写真裏面に氏名を記入。 | ○ | ○ | ○ |
| ③ | 学校長推薦書 | 本校所定の様式で出身高等学校長の推薦書を提出。 | ○ | | |
| ④ | 総合型選抜推薦書 | 本校所定の様式に自筆で記載すること。 | | ○ | |
| ⑤ | 調査書 | 出身高等学校長が作成し、厳封したもの。 | ○ | ○ | ○ |
| ⑥ | 高校卒業証明書 | 2025年3月高等学校卒業見込み者は仮入学時に提出すること。 | ○ | ○ | ○ |
| ⑦ | 受験票送付用レターパックプラス(赤) | 各自でレターパックプラス(赤)を購入し、「お届け先欄」に受験生「住所・氏名・電話番号」、品名欄に「受験票」を記載すること。 P9「宛名票」を切り取り「依頼主欄」に貼り、⑨出願書類レターパックプラス(赤)に同封。二つ折り可。 | ○ | ○ | ○ |
| ⑧ | 合否通知書送付用レターパックプラス(赤) | 各自でレターパックプラス(赤)を用意し、「お届け先欄」に受験生「住所・氏名・電話番号」、品名欄に「合否通知」を記載すること。 P9「宛名票」を切り取り「依頼主欄」に貼り、⑨出願書類レターパックプラス(赤)に同封。二つ折り可。 | ○ | ○ | ○ |
| ⑨ | 出願書類レターパックプラス(赤) | 各自でレターパックプラス(赤)を用意し、P9「宛名票」を切り取り「お届け先欄」に貼り、「依頼主欄」に受験生「住所・氏名・電話番号」、品名欄に「出願書類」と記載して、本校に郵送。 | ○ | ○ | ○ |

*「本校所定の様式」はホームページからダウンロード可能

－ 記入上の注意 －

【入学願書記入例】

2025年度 入学試験
入 学 願 書

| | | |
|--|--------------------------------|---------------------------|
| 出願方法 (該当欄に☑をつけて下さい) | | 受験番号* |
| <input checked="" type="checkbox"/> 推薦 | <input type="checkbox"/> 総合型選抜 | |
| <input type="checkbox"/> 一般一次 | <input type="checkbox"/> 一般二次 | <small>*欄は記入しないこと</small> |
| <input type="checkbox"/> 一般三次 | | |

| | | | | | | | |
|-------|------------|----|----|----|---|----|------|
| 志願者氏名 | ふりがな | かな | ざわ | はな | こ | 性別 | 生年月日 |
| | 氏名 金 沢 花 子 | | | | | | 女 |

| | | | | |
|------|---------------|--------|--------|----------------|
| 出願資格 | 石川県立いしかわ 高等学校 | 普通 科 | 卒業 | 西暦 2025年 3月 |
| | | 進学 コース | (卒業見込) | 大学入学資格 検定合格 |

| | | | |
|----|-------------|---------------|----------------------|
| 学歴 | 西暦 2019年 4月 | ～ 西暦 2022年 3月 | 金沢市立かなざわ 中学校 卒業 |
| | 西暦 2022年 4月 | ～ 西暦 2025年 3月 | 石川県立いしかわ 高等学校 (卒業見込) |
| 職歴 | 西暦 年 月 日 | ～ 西暦 年 月 日 | |

| | |
|----------|--|
| 連絡先 | 〒 (920-0806) 石川県金沢市神宮寺 3丁目 20-5 |
| 保護者(等)氏名 | 〒 (920-0806) 石川県金沢市神宮寺 3丁目 20-5 携帯 090-1234-5678 |

貴校学生として入学を希望しますので、関係書類を添えて出願致します。
西暦 2024年 9月 18日
志願者氏名 金 沢 花 子 (金沢)
石川県歯科医師会立歯科医療専門学校長 殿

書類不備等の連絡に使用します
必ず日中に連絡のつく番号を記入して下さい

記入しないで
下さい

保護者の方の自筆
で記入して下さい

印鑑を押して
下さい

1. ※印の欄は記入しないで下さい。
それ以外は、黒インクを使用して、楷書、自筆で記入して下さい。熱・摩擦等により消えるものは不可。
2. 現住所は本校が入学前に本人と連絡できる住所を正確に記入して下さい。
入学願書提出後に現住所、電話番号が変更になった場合は、本校まで連絡して下さい。
3. 生年月日・学歴・職歴などは、西暦で記入して下さい。
4. 入学願書の出願方法欄には該当欄に☑を記入して下さい。
5. 保護者記入欄は全員記入して下さい (保護者自筆のこと)。
6. 記入を間違った場合は、二重線で消し、訂正印を押して下さい。
(例) 間違った箇所 (金)

【レターパックプラス記入例】

*各自でレターパックプラス(赤)を3枚購入し、学校宛先を切り取り、それぞれに貼り付ける

⑦受験票送付用レターパックプラス(赤)

「お届け先欄」に受験生「住所・氏名・電話番号」、品名欄に「受験票」を記載

受験生郵便番号

受験生
「住所・氏名・電話番号」

【切り取る】

のり付け

「受験票」

*二つ折りにして
⑨に同封

920-0806
石川県金沢市神宮寺 3-20-5
石川県歯科医師会立歯科医療専門学校
(TEL 076-251-1766)

⑧合否通知書送付用レターパックプラス(赤)

「お届け先欄」に受験生「住所・氏名・電話番号」、品名欄に「合否通知」を記載

受験生郵便番号

受験生
「住所・氏名・電話番号」

【切り取る】

のり付け

「合否通知」

*二つ折りにして
⑨に同封

920-0806
石川県金沢市神宮寺 3-20-5
石川県歯科医師会立歯科医療専門学校
(TEL 076-251-1766)

⑨出願書類レターパックプラス(赤)

「ご依頼主欄」に受験生「住所・氏名・電話番号」、品名欄に「出願書類」と記載

*受験種別ごとに①～⑧から必要なすべての出願書類等を同封して送付

920-0806(本校郵便番号)

のり付け

受験生
「住所・氏名・電話番号」

【切り取る】

「出願書類」

920-0806
石川県金沢市神宮寺 3-20-5
石川県歯科医師会立歯科医療専門学校
(TEL 076-251-1766)

入学願書

| | | | |
|-------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|--|
| 出願方法 (該当欄に☑をつけて下さい) | | | |
| <input type="checkbox"/> 推薦 | <input type="checkbox"/> 総合型選抜 | | |
| <input type="checkbox"/> 一般一次 | <input type="checkbox"/> 一般二次 | <input type="checkbox"/> 一般三次 | |

| | |
|------|---|
| 受験番号 | ※ |
|------|---|

※欄は記入しないこと

| | | | | | | | | | | |
|--------|------------------------------|---------------------|---|-----|-------------------|----------|----|-------------|---|------|
| 志願者 | ふりがな | | | 性別 | | 生年月日 | 西暦 | 年 | 月 | 日生 |
| | 氏名 | | | | | | | | | |
| 出願資格 | _____ 高等学校 _____ 科 _____ コース | | | | | | 西暦 | 年 | 月 | 卒業見込 |
| 学歴 | 西暦 | 年 | 月 | ～ | 西暦 | 年 | 月 | 中学校卒業 | | |
| | 西暦 | 年 | 月 | ～ | 西暦 | 年 | 月 | 高等学校 (卒業見込) | | |
| | 西暦 | 年 | 月 | ～ | 西暦 | 年 | 月 | | | |
| | 西暦 | 年 | 月 | ～ | 西暦 | 年 | 月 | | | |
| 職歴 | 西暦 | 年 | 月 | 日 | ～ | 西暦 | 年 | 月 | 日 | |
| | 西暦 | 年 | 月 | 日 | ～ | 西暦 | 年 | 月 | 日 | |
| | 西暦 | 年 | 月 | 日 | ～ | 西暦 | 年 | 月 | 日 | |
| 連絡先 | 現住所 | 〒 (-) | | | | | | | | |
| | 電話 | 志願者携帯 - - | | | | | | | | |
| 保護者(等) | ふりがな | | | 現住所 | 〒 (-) | | | | | |
| | 氏名 | | | | 携帯 | - - | | | | |

貴校学生として入学を希望しますので、関係書類を添えて出願致します。

西暦 年 月 日

志願者氏名

印

石川県歯科医師会立歯科医療専門学校長 殿

2025年度

石川県歯科医師会立歯科医療専門学校

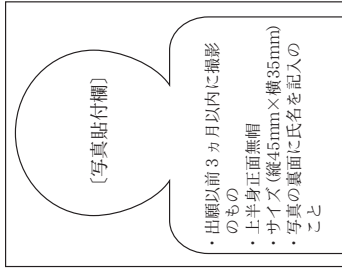
歯科衛生士科

入学試験

写真票

| | |
|---------------|--|
| ※ 受験 番号 | |
|---------------|--|

| | |
|------|--|
| ふりがな | |
| 氏名 | |



試験日 ◎該当の試験日に○印を記入下さい。

| | |
|-------|----------------|
| 推薦入試 | 2024年10月10日(木) |
| 総合型選抜 | 2024年10月10日(木) |
| 一次 | 2024年11月28日(木) |
| 二次 | 2025年1月30日(木) |
| 三次 | 2025年2月27日(木) |

※欄は記入しないこと

2025年度

石川県歯科医師会立歯科医療専門学校

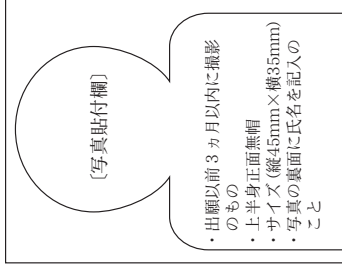
歯科衛生士科

入学試験

受験票

| | |
|---------------|--|
| ※ 受験 番号 | |
|---------------|--|

| | |
|------|--|
| ふりがな | |
| 氏名 | |



試験日 ◎該当の試験日に○印を記入下さい。

| | |
|-------|----------------|
| 推薦入試 | 2024年10月10日(木) |
| 総合型選抜 | 2024年10月10日(木) |
| 一次 | 2024年11月28日(木) |
| 二次 | 2025年1月30日(木) |
| 三次 | 2025年2月27日(木) |

※欄は記入しないこと

注意

1. 試験当日に必ず携帯し、机の上に置き、試験係員に示すこと。
2. 受験票を万一紛失した場合は、直ちに本校に届け出ること。
3. 当日試験開始15分前までに試験会場に入室のこと。
4. 上履きは持参すること。

試験科目・時間

〈推薦〉

| 月日 | 時間 | 試験科目 |
|----------------|--------|-------------------|
| 2024年10月10日(木) | 13:00~ | 書類審査 小論文 面接 |

〈総合型選抜〉

| 月日 | 時間 | 試験科目 |
|----------------|--------|-------------------|
| 2024年10月10日(木) | 13:00~ | 書類審査 小論文 面接 |

〈一般〉

| 月日 | 時間 | 試験科目 |
|----------------|--------|---------|
| 2024年11月28日(木) | | 国語(現代文) |
| 2025年1月30日(木) | 13:00~ | 書類審査 |
| 2025年2月27日(木) | | 面接 |

切り取り

(切り離さないこと)

| | |
|----------|---|
| 受験 番号 | ※ |
|----------|---|

※欄は記入しないこと

学校長推薦書

西暦 年 月 日

石川県歯科医師会立歯科医療専門学校長 殿

所在地

高等学校名

学校長名

公印

下記の者は、西暦 年 月 本校 科卒業見込の者で、
貴校へ進学に適する者と認め、推薦致します。

ふりがな

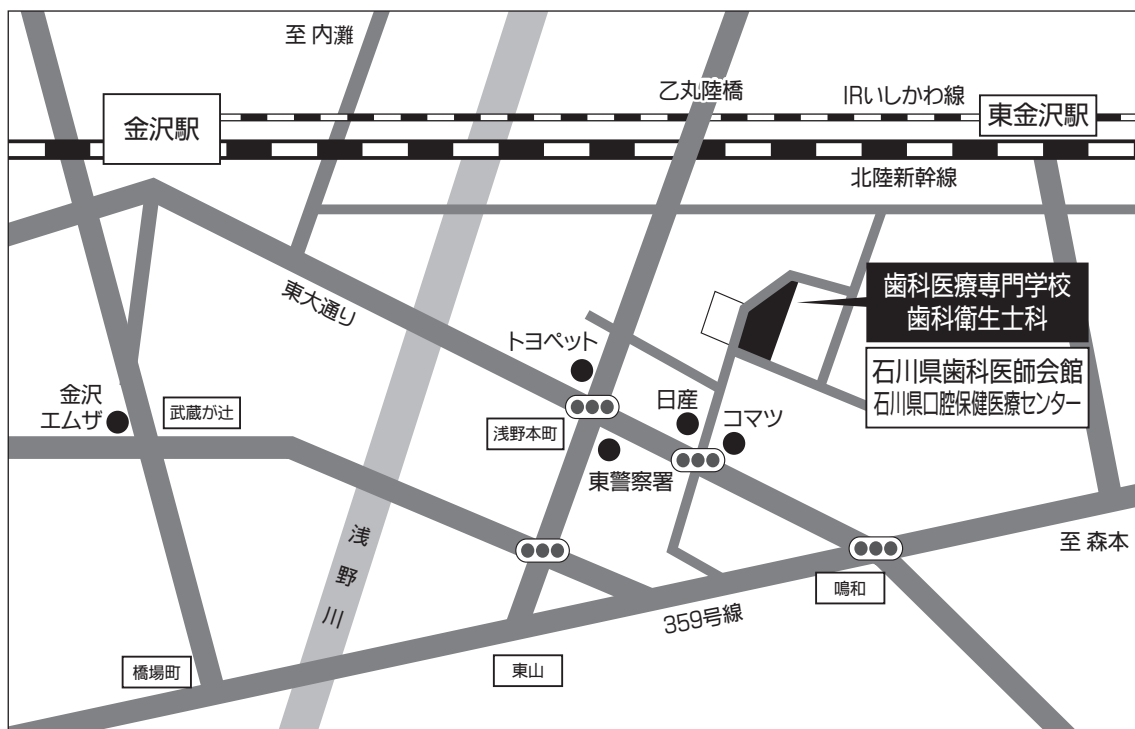
氏名

生年月日 西暦 年 月 日

推薦理由

記載教諭

印



- ▲JR金沢駅下車（東口）徒歩20分
- ▲JR金沢駅（東口1番乗り場）
北陸鉄道バス柳橋行き東警察署前下車徒歩3分
- ▲JR東金沢駅下車 徒歩10分

石川県歯科医師会立歯科医療専門学校 歯科衛生士科

〒920-0806

石川県金沢市神宮寺3丁目20番5号

TEL (076) 251-1766

FAX (076) 253-0041

ホームページ ishi-eigaku.com