

2018年度 北海道医療大学歯学部附属歯科衛生士専門学校

「夢つなぎ入試」要項

対 象 者 (出願資格)	経済的理由により進学が困難な状況にある者で、平成 26 年 3 月以降に高等学校を卒業した者もしくは卒業見込みの者(就職内定取り消しにより進路未定の者で、高等学校、大学等を卒業見込みの者を含む) ※出願時に所定の申請書および証明書を提出
対 象 数	総募集定員の 5 %以内
支 援 の 内 容	※ 初年度の入学金の全額および授業料の半額を免除します。次年度以降は、学業成績が上位 1/3 以上で、家計の経済的困難が継続すると見込まれる方に対し、授業料の半額免除を継続して支援します。 ※委託徴収金(後援会費など)は全額納付していただきます。
支 援 の 決 定	申請書提出者で、一般後期入試に合格した方を審査し、支援対象者を決定します。審査結果は合格通知書に同封します。また支援が決定し、入学手続を完了された方には、入学検定料が返納されます。
出 願 期 間	平成 30 年 2 月 5 日(月)～平成 30 年 2 月 20 日(火) 郵送(速達簡易書留)、締切日消印有効 ※一般後期入試において実施
試 験 日	平成 30 年 2 月 28 日(水)
合 格 発 表 日	平成 30 年 3 月 8 日(木)
入 学 手 続 期 間	平成 30 年 3 月 9 日(金)～平成 30 年 3 月 19 日(月)
試 験 会 場	札幌
申 し 込 み 方 法	出願書類と一緒に「夢つなぎ入試申請書」と申請内容を証明する書類を提出して下さい。 <申請書に添付する書類> 家計支持者(父母またはこれに代わって家計を支えている者)の収入に関する書類等を申請書に添付して提出して下さい。なお、所得の有無にかかわらず、父母両方の証明書類を提出して下さい。また、1人で複数の収入がある場合には、該当する全ての書類を提出して下さい。 (給与所得者の場合) ・源泉徴収票(2017年分)と所得証明書および過去3か月間の給与明細書(写) ・現在失業中の場合には離職証明書 (年金受給者の場合) ・最新の年金振込通知書(写)および所得証明書 (上記以外の場合) ・確定申告書(2017年分)(控)および所得証明書 ・自営業が廃業等となった場合には廃業証明書など公的機関が発行する書類 (採用内定取り消し者の場合) ・内定取り消し通知書および家計支持者の収入を証明する書類 (その他) ・申請理由を証明する書類

※ 出願書類は『2018 入学試験要項』を確認して下さい。

歯科衛生士専門学校「夢つなぎ入試」申請書

北海道医療大学歯学部附属
歯科衛生士専門学校 学校長 殿

受験番号	※記入不要
------	-------

フリガナ			生年月日	西暦	年	月	日生
氏名	(姓)	(名)					

申 請 理 由	

証明する添付書類:

上記の通り、記載事項に相違ありません。

平成 年 月 日

志願者氏名: _____

保護者氏名: _____ 印

※注意事項

1. 本申請書および添付資料は出願書類と一緒に期限内にお送り下さい。出願書類および出願期間は入学試験要項で必ず確認して下さい。
2. 申請理由欄には、現在の経済状況、申請理由を可能な限り具体的に記入して下さい。
3. 支援が決定し、入学手続を完了された方には、入学検定料を返納します。
4. 虚偽の申請が確認された場合には免除を取り消します。