

※	総 合 型 選 抜	歯科衛生学科	受験 番号	この欄は記入しないこと
	社 会 人 総 合 型 選 抜			
※いずれかに○印をご記入ください。				
フリガナ		生年月日	昭和・平成 年 月 日	
氏 名				
出身高校	都道府県 立 高等学校	令和・平成・昭和 年 卒業・卒業見込		
	大学・専門学校等 ()			

自己推薦書

福岡医療短期大学長 殿

1. 本学を志望する理由を述べてください。

2. 目指す歯科衛生士像について述べてください。

3. 自己アピールを具体的に述べてください。

4. あなたが高等学校ならびに大学在学中および社会人経験の中で積極的に取組んだ事柄(部活動、委員会、ボランティア活動、資格取得等)について具体的に述べてください。