２０２４年度

学生募集要項

厚生労働大臣指定
学校法人　薫育学園

専門学校名古屋デンタル衛生士学院

名古屋市天白区平針三丁目１６０１番地
〒468-0011　電話〈052〉801－7272（代表）

■ 募集学科

医療専門課程　歯科衛生士科

■ 募集人員及び修業年限

７０名 ※予定　　昼間３年

■ 入学選考要領

● AO入学選考要領

１．出願資格

歯科衛生士としての職業意識を持ち、本校を専願する者で、以下の条件を満たす者

① 本校の「建学の精神」を理解し、就学することを強く希望し、歯科界に貢献しようとする意欲のある者

② 高等学校卒業見込みの者または卒業以上の学歴、学力を有する者

③ 体験入学、学校見学に参加した者

２．エントリー書類

① AO入学エントリーシート（本校所定用紙Ｐ８）
※保護者及び高等学校の担任もしくは進路指導部の先生の承認をもらってください。

② 写　　真　　票　出願前３ヶ月以内に撮影した写真（縦４㎝×横３㎝、正面上半身、脱帽、背景無し）

③ 受　　験　　票　書類郵送の場合のみ、住所・氏名・郵便番号明記のうえ、郵送料金の切手を貼付して下さい。

３．出願書類

① 入　学　願　書（本校所定用紙 P10）

② ＡＯ入学出願許可書（エントリー選考後、本校より発行）

③ 調　　査　　書（文部科学省制定様式）
・既卒者に関しては高等学校及び大学、短期大学の卒業証明書をもって代えることができます。

④ 減免申請書（本校所定様式 P13）

【該当者のみ】

① 戸籍抄本（調査書、卒業証明書等の氏名が現在の姓と異なる場合）

４．エントリー及び選考日

<table>
<tr><th>区　分</th><th>エントリー期間</th><th>選　考　日</th><th>出 願 期 間</th></tr>
<tr><td>Ⅰ　期</td><td>2023年６月１日から
2023年６月30日まで</td><td>選考日
2023年７月８日（土）</td><td rowspan="2">2023年９月１日から
2023年９月29日まで</td></tr>
<tr><td>Ⅱ　期</td><td>2023年７月３日から
2023年７月31日まで</td><td>面接日
2023年８月４日（金）</td></tr>
<tr><td>Ⅲ　期</td><td>2023年８月１日から
2023年８月31日まで</td><td>面接日
2023年９月３日（日）</td><td>2023年９月６日から
2023年９月29日まで</td></tr>
</table>

※選考終了後、出願が認められた者には出願許可書を発行いたします。

５．選考方法

面接、書類選考

６．携行物

受験票（※郵送未着の場合はお問い合わせください）、上履き

７．合格発表

合格発表は出願締切後一週間以内に文書にて通知いたします。
（電話等によるお問い合わせには応じておりません）

８．入学手続期限

<table>
<tr><th>区　　分</th><th>入　学　手　続　期　限</th></tr>
<tr><td>Ⅰ　　期</td><td rowspan="3">2023年10月18日（水）まで</td></tr>
<tr><td>Ⅱ　　期</td></tr>
<tr><td>Ⅲ　　期</td></tr>
</table>

●AO入試の流れ

AO入学エントリーシートの配布	資料請求等で学生募集要項を取り寄せてください。 （体験入学、学校見学でも配布します）
↓	
AO入学エントリーシート提出	提出期間：６月１日～８月31日 ※Ⅰ期、Ⅱ期、Ⅲ期で実施します。
↓	
入　試　選　考	Ⅰ期：７月８日・Ⅱ期：８月４日・Ⅲ期：９月３日
↓	
出　願　許　可	選考後に「AO入学出願許可書」を発行します。
↓	
出　　願	出願許可通知書を受け取られた方は各期出願期間内に 出願書類を提出してください。
↓	
合　格　発　表	出願期間締切後、一週間以内に文書にて通知
↓	
入　学　手　続	手続締切期限：10月18日 ※入学手続要項にしたがって学納金納入と入学誓約書類を提出してください。
↓	
入学前教育	継続的な学習内容をお知らせいたします。

●受験種の変更について

AO入試から、指定校推薦や公募推薦、歯科医師推薦に受験種類の変更をご希望の方は、出願期間中（2023年9月1日～29日）のみ受付を行いますので、その旨お申し出くださいますようお願いいたします。

● 推薦入学選考要領

1．出願資格

歯科衛生士としての職業意識を持ち、本校を専願する者で、次のいずれかに該当する者

① 高等学校を卒業見込みの者または卒業した者で、校長が適格と認め推薦した者

② 大学・短期大学を卒業見込みの者または卒業した者で、学長または学部長が適格と認め推薦した者

③ 学校教育法第九十条に該当し、歯科医師が適格と認め推薦した者

2．推薦入試の種類

① 指定校推薦（高等学校のみ）

② 学校推薦（高等学校、大学、短期大学）

③ 歯科医師推薦

3．出願書類

① 入学願書（本校所定用紙　P10）

② 推　　薦　　書　※いずれかに該当するもの

・指定校推薦書（高等学校宛に別様式にて配布）

・学校推薦書（本校所定様式　P11）

・歯科医師推薦書（本校所定様式　P12）

③ 調　　査　　書（文部科学省制定様式）

・既卒者に関しては高等学校及び大学、短期大学の卒業証明書をもって代えることができます。

④ 写　　真　　票　出願前3ケ月以内に撮影した写真〔縦4㎝×横3㎝、正面上半身、脱帽、背景なしのもの〕

⑤ 受　　験　　票　願書郵送の場合のみ、住所・氏名・郵便番号明記のうえ、郵送料金の切手を貼付してください。

⑥ 入 学 検 定 料　15,000円〔添付の振込依頼書にてお振込みください。〕

【該当者のみ】

① 減 免 申 請 書（本校所定様式　P13）

② 戸　籍　抄　本（調査書、卒業証明書等の氏名が現在の姓と異なる場合）

●**出願期間、選考日、選考方法**等はＰ５以降に記載

● 一般入学選考要領

１．出願資格

次のいずれかに該当する者

① 高等学校を卒業見込みの者または卒業した者及び同等の学力を有する者

② 大学・短期大学を卒業見込みの者または卒業した者

③ 大学入学資格が付与されている専修学校高等課程を卒業見込みの者または卒業した者

④ 文部科学大臣が行う高等学校卒業程度認定試験（大学入学資格検定）に合格した者

２．出願書類

① 入　学　願　書（本校所定用紙　P10）

② 調　　査　　書（文部科学省制定様式）

・既卒者に関しては高等学校及び大学、短期大学の卒業証明書、高等学校卒業程度認定試験（大学入学資格検定）の者は、合格証明書及び、合格成績証明書をもって代えることができます。

③ 写　　真　　票　出願前3ケ月以内に撮影した写真〔縦4㎝×横3㎝、正面上半身、脱帽、背景なしのもの〕

④ 受　　験　　票　願書郵送の場合のみ、住所・氏名・郵便番号明記のうえ、郵送料金の切手を貼付してください。

⑤ 入 学 検 定 料　15,000円〔添付の振込依頼書にてお振込みください。〕

【該当者のみ】

① 減 免 申 請 書（本校所定様式　P13）

② 戸　籍　抄　本（調査書、卒業証明書等の氏名が現在の姓と異なる場合）

●**出願期間、選考日、選考方法**等はＰ５以降に記載

● 推薦・一般入学共通選考要領

１．選考日・出願期間

区　　分	選　　考　　日	出　願　期　間
Ⅰ　期	2023年10月14日（土）	2023年10月 1 日から 2023年10月11日まで
Ⅱ　期	2023年11月18日（土）	2023年10月19日から 2023年11月15日まで
Ⅲ　期	2023年12月16日（土）	2023年11月27日から 2023年12月13日まで
Ⅳ　期	2024年 1 月20日（土）	2023年12月21日から 2024年 1 月17日まで
Ⅴ　期	2024年 2 月17日（土）	2024年 1 月25日から 2024年 2 月14日まで
Ⅵ　期	2024年 3 月 9 日（土）	2024年 2 月22日から 2024年 3 月 6 日まで

２．選考方法

書類選考、適性検査、面接

３．携帯物

受験票（※郵送未着の場合はお問い合わせください）、筆記用具、上履き

４．入学手続期限

区　　分	入　学　手　続　期　限
Ⅰ　期	2023年11月 1 日（水）まで
Ⅱ　期	2023年12月 7 日（木）まで
Ⅲ　期	2024年 1 月12日（金）まで
Ⅳ　期	2024年 2 月 7 日（水）まで
Ⅴ　期	2024年 3 月 6 日（水）まで
Ⅵ　期	指定された期日まで

■ 合格発表

合格発表は各試験実施後１週間以内に文書にて通知します。
（電話等によるお問い合わせには応じておりません）

■ 入学手続

合格者には合格通知書、手続要項等、必要書類を郵送しますので、各期の入学期限までに入学手続きに関する書類と入学金を納付し、手続きを完了してください。
入学手続期限までに手続きをされない場合には、合格を取り消すことがあります。

■ ＡＯ入学・推薦入学・一般入学選考会場

本校（下記願書提出先に同じ）

■ 願書提出先

専門学校名古屋デンタル衛生士学院
〒468-0011　名古屋市天白区平針三丁目1601番地　TEL（052）801－7272（代）

■ 願書提出方法

郵送の場合……必要書類を確認のうえ、出願期間内に必着するよう出願してください。
持参の場合……受付は日曜日・祝日・学校休業日を除く、午前９時より午後４時までです。
ただし、土曜日（※１）は午前９時より正午までです。

※1　学校休業日の場合がありますので、事前に日程をご確認願います。

■ 学納金

区　分	1　年　次		2　年　次		3　年　次	
	前　期	後　期	前　期	後　期	前　期	後　期
入学金	230,000円					
授業料	300,000円	300,000円	300,000円	300,000円	300,000円	300,000円
実習費	100,000円	100,000円	100,000円	100,000円	100,000円	100,000円
小　計	630,000円	400,000円	400,000円	400,000円	400,000円	400,000円
父兄会入会金	5,000円					
父兄会費	5,000円		5,000円		5,000円	
校友会入会金	5,000円					
校友会費	2,500円		2,500円		2,500円	
小　計	17,500円		7,500円		7,500円	
合　計	647,500円	400,000円	407,500円	400,000円	407,500円	400,000円

※その他費用
教科書・実習器材・施設拡充費・白衣・課外活動等の費用が必要となります。納入方法につきましては、別途ご案内いたします。

※納入された入学検定料・学納金及び提出書類は返還しません。
入学手続き完了後、やむを得ず入学を辞退される場合には、2024年3月22日（金）までの申し出に限り、入学検定料及び入学金を除く学納金を全額返還します。

※なお、学納金を特別分割方式で支払う方法など、幅広く対応しています。

■ 学納金減免制度

次の何れかに該当し入学する場合、申請により入学金より各々100,000円を減免します。

１．指定校推薦

２．歯科医師推薦

３．卒業生・在校生の子および姉妹

次の何れかに該当し入学する場合、申請により入学金より各々50,000円を減免します。

１．学校推薦

２．ＡＯ入学

３．名古屋デンタル衛生士学院卒業生・在校生紹介

ＤＦＣ（デンタルファミリークラブ）減免　※詳細は会員規則に準じます。

会員限定で以下の入学金が免除となります。

・入会月により減免額が変わります（50,000円～80,000円）

・複数回（３回以上）の体験入学参加で減免（50,000円）

・９月末日までの課題（レポート）提出で減免（50,000円）

手続方法

減免申請書に必要事項を記入の上、入学願書に添付してください。

学納金納付時に減免した金額を通知します。

（注１）重複申請も可能ですが、減免額の上限は入学金全額までとさせていただきます。なお、受験の種類によっては、重複減免ができない場合があります。詳しくは、お問い合わせ下さい。

（注２）１･２の減免申請につきましては入学試験受験時まで、３の減免申請につきましてはご受験いただいた各期の入学手続期限満了日までといたします。

（注３）入学手続後に入学を辞退される場合には、減免制度が適用されませんので正規の入学金となります。

2024年度　AO入学エントリーシート

専門学校名古屋デンタル衛生士学院校長 殿

貴校のアドミッションポリシーを理解しエントリーを希望します。

受験番号	※

ふ り が な		生年月日	年　月　日生
志願者氏名			
現住所	〒　－ 都道 府県		
	TEL（　　）　－		
学歴	都道府県	立　　高等学校	
		年　月（卒業・卒業見込み）	
	その他の学校		
		年　月（卒業・卒業見込み）	
保護者署名	注)高校新卒者のみ記入	本人との続柄	
高等学校記入欄	注)高校新卒者のみ記入 高等学校　　記載者名		
希望日程を☑してください	□ 第Ⅰ期（7月8日）	□ 第Ⅱ期（8月4日）	□ 第Ⅲ期（9月3日）

自己PR

記入上の注意

1．記入は必ず志願者、保護者が各自で行ってください。
2．黒のペン、または黒のボールペンで記入してください。
3．自己PRと志願理由書も必ず記入してください。
4．裏面の枠内に学校イベント参加の証明書を貼り付けてください。
5．※欄は記入しないこと。

志願理由書

（本校のAO入試を希望した理由や歯科衛生士に必要な適性、将来目指す歯科衛生士など記入）

学校イベント参加証明書貼付欄（体験入学・学校見学）

2024年度　　# 入　学　願　書

専門学校名古屋デンタル衛生士学院校長 殿

貴校に入学を希望しますので選考のうえご許可くださいますようお願いします。

ＡＯ	※	推薦	※	一般	※	受験番号	※

ふりがな		生年月日	年　月　日生
志願者氏名			
現住所	〒　－ 都道府県		
	ＴＥＬ（　　）　－		
学歴	都道府県	立　高等学校	
		年　月（卒業・卒業見込み）	
	その他の学校		
		年　月（卒業・卒業見込み）	
	高等学校卒業程度認定試験（大学入学資格検定試験）　年　月　日　合格		

ふりがな		本人との続柄	
保護者氏名（親権者氏名）			
現住所	〒　－ 都道府県		
	ＴＥＬ（　　）　－		

記入上の注意
1．志願者氏名及び保護者欄へは各自で、戸籍上の氏名・生年月日を記入してください。
2．黒のペン、または黒のボールペンで記入してください。
3．現住所欄へは、アパート・マンション名等略さず記入してください。
4．※欄は記入しないこと。

学 校 推 薦 書

年　　月　　日

専門学校名古屋デンタル衛生士学院校長 殿

学 校 名

校 長 名 又 は
学長・学部長名　　職 印

下記の者を貴校推薦入学適格者として推薦します。

ふ り が な		生年月日	年　月　日生
氏　　名			
高等学校等の課程・科又は 大学等の学部・学科			
成 績 評 価（高等学校のみ記入）	全体の評定平均値	学習成績概評 段階	
所見	学　　業		
	人 物（性 格 等）		
	そ の 他		
特 記 事 項 （その他特別技能のあるものについては具体的に記入してください。）			

（注）この推薦書は校長もしくは学長または学部長が記載し、本校校長宛親展書として提出してください。
（注）本校の推薦は専願です。

歯科医師推薦書

年　　月　　日

専門学校名古屋デンタル衛生士学院校長 殿

歯科医院名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

〒

住　　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

歯科医師名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞

次の者を入学適格者として推薦します。

ふりがな	
氏　　名	
生年月日	年　　月　　日生
推薦経緯 及び 人物所見	

注）推薦経緯、所見につきましては、受験希望者とご面談のうえ記載いただきますようご配慮願います。

減免申請書

年　　月　　日

専門学校名古屋デンタル衛生士学院校長 殿

志願者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日　　年　　月　　日生

該当する申請項目の□に✓を付けて必要事項を記入及び囲ってください

※減免を申請する場合には、必ず入学願書に添付してください。

□　指定校推薦に係る減免申請

□　歯科医師推薦に係る減免申請

□　学校推薦に係る減免申請

□　ＡＯ入学に係る減免申請

□　卒業生・在校生の子および姉妹に係る減免申請

卒業生または在校生氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 旧姓 ＿＿＿＿＿＿

生年月日＿＿＿＿年＿＿月＿＿日生

卒業年又は入学年　歯科衛生士科＿＿＿＿年　（卒業・入学）　第＿＿＿期生

志願者本人との続柄 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

□　卒業生・在校生の紹介に係る減免申請

紹介者の氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 旧姓 ＿＿＿＿＿＿

生年月日＿＿＿＿年＿＿月＿＿日生

卒業年又は入学年　歯科衛生士科＿＿＿＿年　（卒業・入学）　第＿＿＿期生

連絡先　住所 〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

TEL　　－　　－

□　ＤＦＣ（デンタルファミリークラブ）加入者

会員番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　入会日 ＿＿＿年　　月　　日

下の欄は記入しないこと

受付日	試験期	受験番号	担当
	ＡＯ 推薦　　期 一般		

承認確認		

2024年度　受験票

A　O	※	受験番号	※
推　薦	※		
一　般	※		

選考日	※

集合時間	※	午前　9時　30分
	※	午後　1時　30分

※は記入しないでください

フリガナ	
氏　名	

〈携帯物〉・受験票　・筆記用具（AO入試受験者は不要）・上履き

〈注意事項〉
本受験票は必ず持参してください。
万一忘れた場合は事務局にその旨を申し出てください。
※裏面もご記入ください。

専門学校名古屋デンタル衛生士学院

2024年度　写真票

A　O	※	受験番号	※
推　薦	※		
一　般	※		

選考日	※

※は記入しないでください

フリガナ	
氏　名	

写真貼付欄

上半身正面で最近3ケ月以内に撮影したもの

（カラーが望ましい）

縦4cm× 横3cm

取扱銀行収納印

1

受験生保管

2024年度

入学検定料領収書

氏　名

金 15，000円

上記の金額を領収しました

取扱銀行収納印

2

この領収書は大切に
保管してください

電信扱　振込依頼書

依頼日		年　月　日　振込指定			電信扱	手数料	
振込先銀行		中京銀行　植田支店			金額	￥ 15,000円	
受取人	預金種目	普通預金	口座番号	1139964	内訳	現金	
	講座名	ｶﾞｸ）ｸﾝｲｸｶﾞｸｴﾝ					
		学校法人　薫育学園					
		専門学校名古屋デンタル衛生士学院					
		理事長　飯野新太郎			取扱銀行収納印	3	
依頼者（受験者）	氏名	フリガナ					
		漢字					
	住所	〒 電話（　　）　－				振込手数料依頼人払	

※受験生へのお願い
太枠内の項目については必ず記入してください。

※取扱銀行へのお願い
銀行収納印は、1・2・3のすべてに押してください。
不明な場合は、下記までご連絡ください。
専門学校名古屋デンタル衛生士学院　事務局（052）801-7272

郵 便 は が き

はがき送付分の
切手をお貼りください。

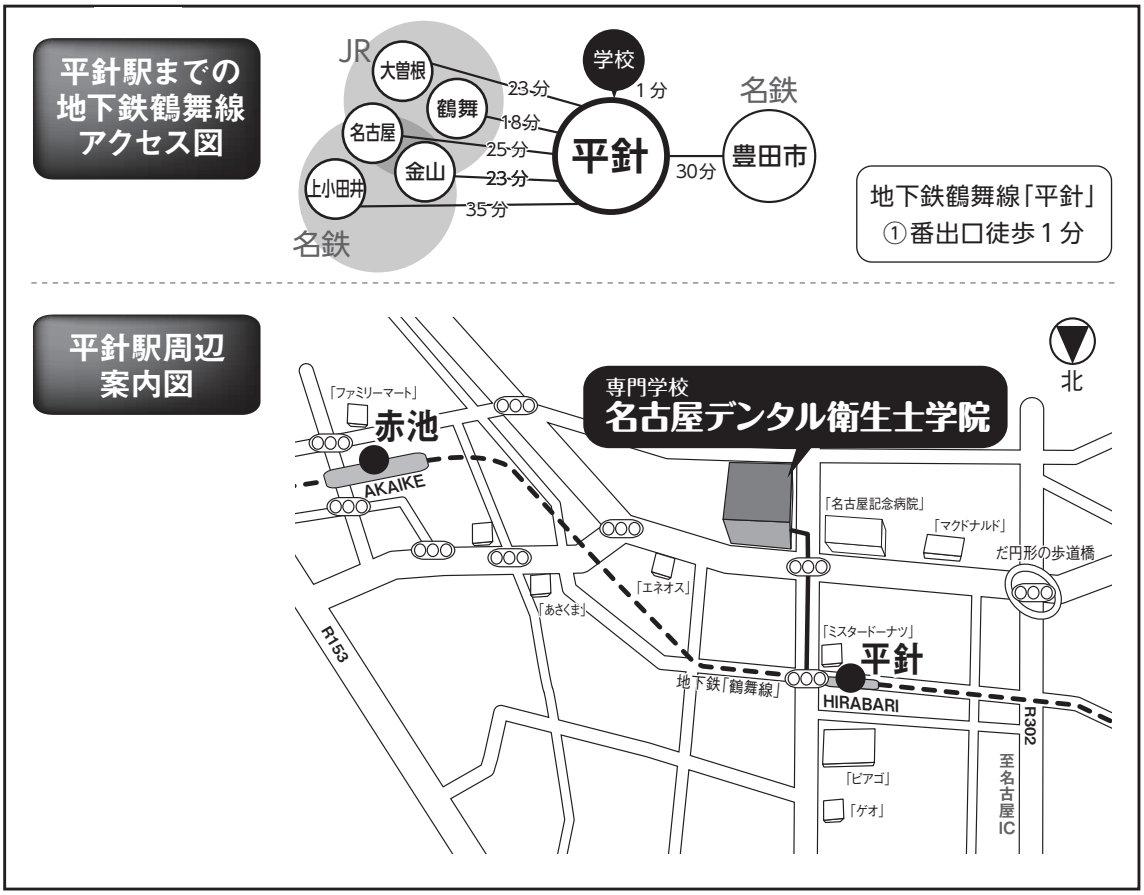
□□□-□□□□

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
行

※受験票を返送する住所・氏名を必ずご記入ください。



学 校 周 辺 案 内 図

学校法人 薫育学園

専門学校名古屋デンタル衛生士学院

名古屋市天白区平針三丁目１６０１番地

〒468-0011　電話〈052〉801-7272（代表）