

2025年度

学 生 募 集 要 項

医療創生大学歯科衛生専門学校

# 目 次

---

---

募集学科	1
入学試験実施要項	1
総合型選抜入学試験	2
推薦型選抜入学試験	
・公募推薦入学試験	4
・社会人推薦入学試験	6
・歯科医師会推薦入学試験	8
一般入学試験	10
学生納入金	12
奨学金・給付金など	13
教育ローン	13
《提出書類》	
入学願書	入試第1号様式
推薦書	入試第2号様式
歯科医師会推薦書	入試第3号様式
他校併願届	入試第4号様式
受験票A・B	入試第5-1号様式・入試第5-2号様式

## 募集学科

学科	修業年限	入学定員
歯科衛生第Ⅰ学科	3年	50名
歯科衛生第Ⅱ学科 (オンライン授業併用の学科)	3年	30名

## アドミッション・ポリシー

本校歯科衛生第Ⅰ学科、及び第Ⅱ学科では、教育理念（目標）を理解するとともに、学ぶ意欲に溢れ、専門学校において専門的知識・技術を習得するうえでの基礎的な能力を身につけている人の入学を希望する。

- ・ 歯科衛生士となる目的意識を強く持ち、目標達成のために努力する人。
- ・ 本学での修学に必要な基礎的な知識・技能を身につけている人。
- ・ 自分の考えを的確に表現し、対話を通して相互理解に努めようとする人。
- ・ 口腔保健・歯科医療に深い関心を持ち、地域社会に貢献する意欲がある人。

## 入学試験実施要項

### 1. 出願資格（歯科衛生第Ⅰ学科・歯科衛生第Ⅱ学科）

選考区分	受験対象者			選考方法	
	高校生	社会人	卒業認定		
総合型選抜	○	—	—	P. 2～3を参照	
推薦型選抜	指定校推薦	○	—	書類審査 個人面接	本校が指定する高等学校へ書類を送付しております。
	公募推薦	○	—	書類審査 個人面接	P. 4～5を参照
	社会人推薦	—	○	書類審査 個人面接	P. 6～7を参照
	歯科医師会推薦	○	○	書類審査 個人面接 筆記試験	P. 8～9を参照
一般	○	○	○	書類審査 個人面接 筆記試験もしくは 小論文	P. 10～11を参照

\* 筆記試験（60分：漢字・文章読解・四則演算・濃度計算・数表読解）

\* 歯科医師会に所属している歯科医師より推薦を受け合格した場合には、入学金より100,000円を差し引きます。

### 2. 選考会場・入学検定料

選考会場	医療創生大学歯科衛生専門学校（千葉県柏市小青田1-3-16）
入学検定料	30,444円(内訳：検定料30,000円＋簡易書留切手代350+94=444円)
	※オープンキャンパスに参加し、「参加証明書」(青色用紙)をお持ちの方は、検定料が15,444円(内訳：検定料15,000円＋簡易書留切手代350+94=444円)に減額されます。

\* 切手について、価格改定が行われた際は、それに準じた金額に変更してください。

# 総合型選抜入学試験

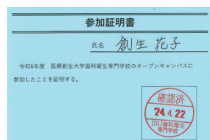
## 総合型選抜入学試験エントリー資格

次の条件をすべて満たす者

- ・2025年3月に高等学校及び中等教育学校卒業見込みの者
- ・2024年度に実施する本校主催のオープンキャンパス等のオンライン実施を含むイベント（個別見学・相談など）に参加をして「参加証明書」を入手した者
- ・合格の場合は必ず本校に入学する者
- ・合格の場合は入学前教育プログラムを必ず受講する者

1  
オープンキャンパスに  
参加

オープンキャンパスに参加し、「参加証明書」を入手する。



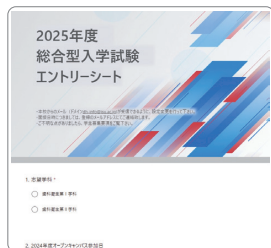
2  
2024年6/1～  
エントリーをする

QRコードもしくはホームページからエントリーができます。

- 1 下記QRコードを読み込んでください。



- 2 フォームにて必要事項を入力後、送信してください。



- 3 「回答が無事送信されました」となりましたら、完了となります。

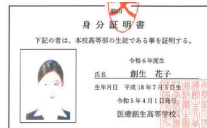
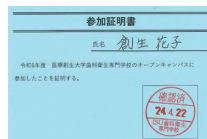


3  
選考

メールにて連絡しました、選考会場にて個人面接を実施します。

### 【持ち物】

- ・参加証明書
- ・学生証



4

選考結果通知

選考日より10日以内に選考結果を郵送で通知いたします。

- ・本校からのメール (dh-info@isu.ac.jp)が受信できるように、設定してください。
  - ・選考面接日時につきましては、登録のメールアドレスにご連絡致します。
  - ・エントリー後3日経過しても連絡がない場合は、本校までご連絡ください。
- TEL:04-7133-0821 メールアドレス: dh-info@isu.ac.jp



## 選考日程

選考区分	エントリー期間	選考日	選考結果通知日	出願期間	入学手続き締切日
1期	2024年6月 1日(土) ～6月 8日(土)	2024年 6月15日(土)	選考日より 10日以内	2024年9月 2日(月) ～9月12日(木)	2024年 9月27日(金)
2期	2024年6月10日(月) ～7月13日(土)	2024年 7月20日(土)			
3期	2024年7月16日(火) ～7月30日(火)	2024年 8月6日(火)			
4期	2024年7月31日(水) ～8月17日(土)	2024年 8月24日(土)			
5期	2024年8月19日(月) ～9月21日(土)	2024年 9月28日(土)			



入学検定料振込後、出願書類を期日までに事務局へ郵送またはご持参ください。

出願書類確認後、受験番号を「受験票A」にて通知いたします。

合格者には「結果通知書」と合わせて「入学手続きのご案内」を送付いたします。

入学手続きの完了を確認後、「入学許可証」と「入学前教育プログラムのご案内」を送付いたします。

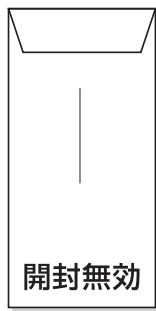
### 【出願書類】

#### 1 入学願書

(本校所定のもの)  
※P15 見本参照

#### 2 高等学校調査書

(出身高等学校所定のもの)

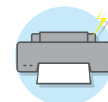


#### 3 受験票A・B

(本校所定のもの)  
※P19 見本参照

#### 5 出願書類を送付

市販の角形2号封筒に「出願書類提出用宛名シート」を貼り付けて封筒を作成し、**1～4**の書類をすべて同封する  
※出願書類提出用宛名シートはP21参照



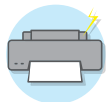
受験票返信封筒用宛名シートはホームページよりダウンロード可能

同封

#### 4 入学試験受験票 返信封筒

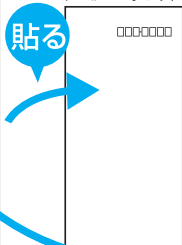
(市販の長形3号封筒に「受験票返信封筒用宛名シート」を貼り付けて封筒を作成)

※受験票返信封筒用宛名シートはP23参照



受験票返信封筒用宛名シートはホームページよりダウンロード可能

市販の長形3号封筒



簡易書留切手代  
350+84=434円を貼付  
※切手について、価格改定が行われた際は、それに準じた金額に変更してください。



**6** 出願期限内に郵便局窓口より「簡易書留速達郵便」にて郵送して下さい。(出願締切日必着)

### 【持参する場合】

月曜日～土曜日午前9時～午後5時までとなります。(日曜日、祝日は受け付けません。)

### 【送付先】

〒277-0803 千葉県柏市小青田1-3-16  
医療創生大学歯科衛生専門学校 行



# 推薦型選抜 公募推薦入学試験

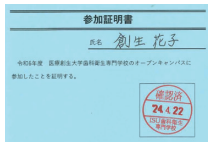
## 出願要件

次の条件をすべて満たす者

- ・2025年3月に高等学校及び中等教育学校卒業見込みの者
- ・出身高等学校の学校長もしくは進路部・担任が推薦した者（推薦基準は各学校の推薦基準となります。）
- ・本校を専願とし入学を辞退しない者
- ・2024年度のオープンキャンパス等のオンライン実施を含むイベント（個別見学・相談など）に参加をした者
- ・合格の場合には入学前教育プログラムを必ず受講する者



オープンキャンパスに参加し、「参加証明書」を入手してください。



出願書類を揃えて、書類に不備がないかを確認してください。

入学検定料振込後、出願書類を期日までに事務局へ郵送またはご持参ください。

出願書類確認後、受験番号を「受験票A」にて通知いたします。  
※試験前日になっても届かない場合は、本校までお問い合わせください。  
TEL:04-7133-0821

## 【出願書類】

### 1 入学願書

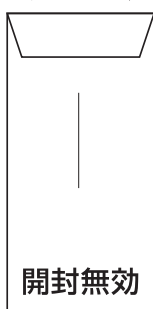
(本校所定のもの)  
※P15 見本参照

### 2 推薦書

(本校所定のもの)  
※P16 見本参照

### 3 高等学校調査書

(出身高等学校所定のもの)



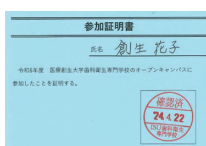
### 4 受験票A・B

(本校所定のもの)  
※P19 見本参照

ホームページよりダウンロード可能

### 5 参加証明書

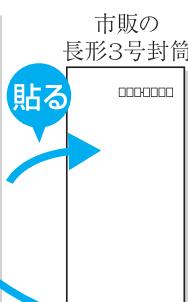
※オープンキャンパスに参加し、入学検定料が減額される方のみ提出



### 6 入学試験受験票 返信封筒

(市販の長形3号封筒に「受験票返信封筒用宛名シート」を貼り付けて封筒を作成)

※受験票返信封筒用宛名シートはP23参照



簡易書留切手代  
350+84=434円を貼付  
※切手について、価格改定が行われた際は、それに準じた金額に変更してください。



受験票返信封筒用宛名シートはホームページよりダウンロード可能

## 選考日程

選考区分	出願期間	選考日	合否発表	入学手続き締切日
1期	2024年10月15日(火) ～11月 5日(火)	2024年 11月 9日(土)	選考日より 10日以内	2024年 11月29日(金)
2期	2024年11月18日(月) ～12月 9日(月)	2024年 12月14日(土)		2025年 1月10日(金)
3期	2024年12月16日(月) ～2025年1月20日(月)	2025年 1月25日(土)		2025年 2月14日(金)
4期	2025年1月21日(火) ～2月10日(月)	2025年 2月15日(土)		2025年 3月 7日(金)
5期	2025年2月17日(月) ～3月10日(月)	2025年 3月15日(土)		2025年 3月28日(金)



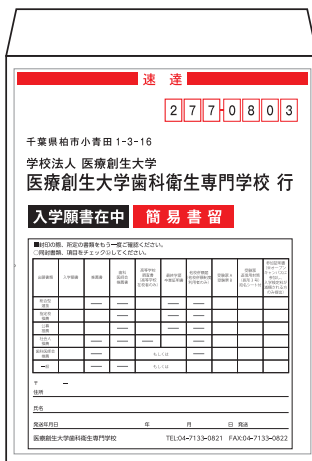
選考日当日は「受験票A」をご持参ください。

合格者には「結果通知書」と合わせて「入学手続きのご案内」を送付いたします。

入学手続きの完了を確認後、「入学許可証」と「入学前教育プログラムのご案内」を送付いたします。

### 7 出願書類を送付

市販の角形2号封筒に「出願書類提出用宛名シート」を貼り付けて封筒を作成し、**1～6**の書類をすべて同封する  
※出願書類提出用宛名シートはP21参照



出願書類提出用宛名シートはホームページよりダウンロード可能

### 8 出願期限内に郵便局窓口より「簡易書留速達郵便」にて郵送して下さい。(出願締切日必着)

#### 【送付先】

〒277-0803  
千葉県柏市小青田1-3-16  
医療創生大学歯科衛生専門学校 行



#### 【持参する場合】

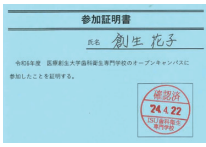
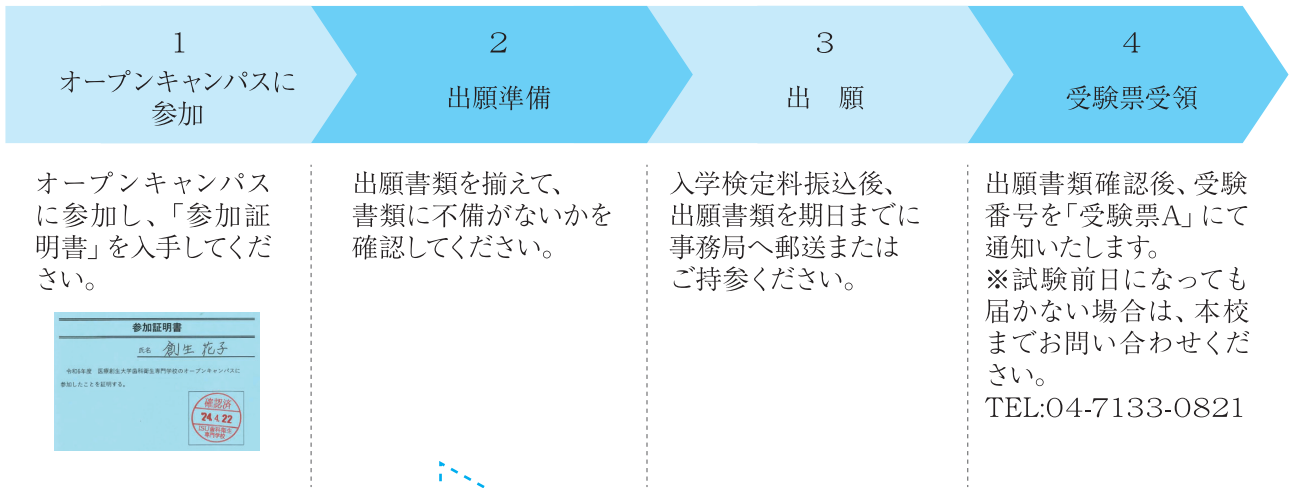
月曜日～土曜日  
午前9時～午後5時までと  
なります。  
(日曜日、祝日は受け付け  
ません。)

# 推薦型選抜 社会人推薦入学試験

## 出願要件

次の条件をすべて満たす者

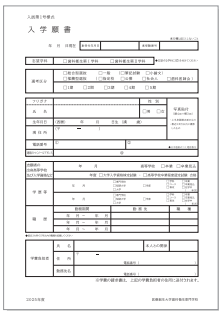
- ・高等学校及び中等教育学校を卒業した者又は高等学校を卒業した者と同等以上の学力があると認められる者  
もしくは2025年3月に大学、短期大学及び専修学校専門課程卒業見込みの者又は卒業した者
- ・本校を専願とし入学を辞退しない者
- ・2024年度のオープンキャンパス等のオンライン実施を含むイベント（個別見学・相談など）に参加をした者
- ・合格の場合には入学前教育プログラムを必ず受講する者



## 【出願書類】

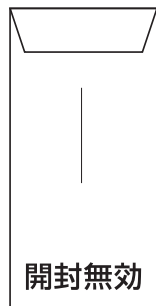
### 1 入学願書

(本校所定のもの)  
※P15 見本参照



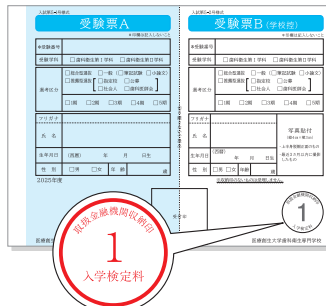
### 2 調査書

(最終学校発行の「卒業証明書」)



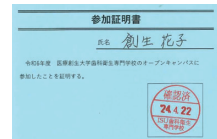
### 3 受験票A・B

(本校所定のもの)  
※P19 見本参照



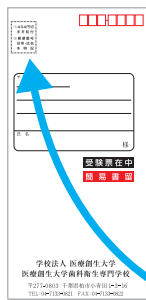
### 4 参加証明書

※オープンキャンパスに参加し、入学検定料が減額される方のみ提出



### 5 入学試験受験票 返信封筒

(市販の長形3号封筒に「受験票返信封筒用宛名シート」を貼り付けて封筒を作成)  
※受験票返信封筒用宛名シートはP23参照



貼る

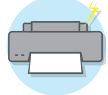
市販の長形3号封筒

簡易書留切手代  
350+84=434円を貼付

※切手について、価格改定が行われた際は、それに準じた金額に変更してください。

350円切手

84円切手



受験票返信封筒用宛名シートはホームページよりダウンロード可能

## 選考日程

選考区分	出願期間	選考日	合否発表	入学手続き締切日
1期	2024年10月15日(火) ～11月 5日(火)	2024年 11月 9日(土)	選考日より 10日以内	2024年 11月29日(金)
2期	2024年11月18日(月) ～12月 9日(月)	2024年 12月14日(土)		2025年 1月10日(金)
3期	2024年12月16日(月) ～2025年 1月20日(月)	2025年 1月25日(土)		2025年 2月14日(金)
4期	2025年 1月21日(火) ～ 2月10日(月)	2025年 2月15日(土)		2025年 3月 7日(金)
5期	2025年 2月17日(月) ～ 3月10日(月)	2025年 3月15日(土)		2025年 3月28日(金)



選考日当日は「受験票 A」をご持参ください。

合格者には「結果通知書」と合わせて「入学手続きのご案内」を送付いたします。

入学手続きの完了を確認後、「入学許可証」と「入学前教育プログラムのご案内」を送付いたします。

### 6 出願書類を送付

市販の角形2号封筒に「出願書類提出用宛名シート」を貼り付けて封筒を作成し、**1～5**の書類をすべて同封する  
※出願書類提出用宛名シートは P21参照

### 7 出願期限内に郵便局窓口より「簡易書留速達郵便」にて郵送して下さい。(出願締切日必着)

#### 【送付先】

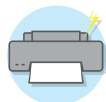
〒277-0803  
千葉県柏市小青田1-3-16  
医療創生大学歯科衛生専門学校 行



#### 【持参する場合】

月曜日～土曜日  
午前9時～午後5時までと  
なります。  
(日曜日、祝日は受け付け  
ません。)

同封



出願書類提出用宛名シートはホームページよりダウンロード可能

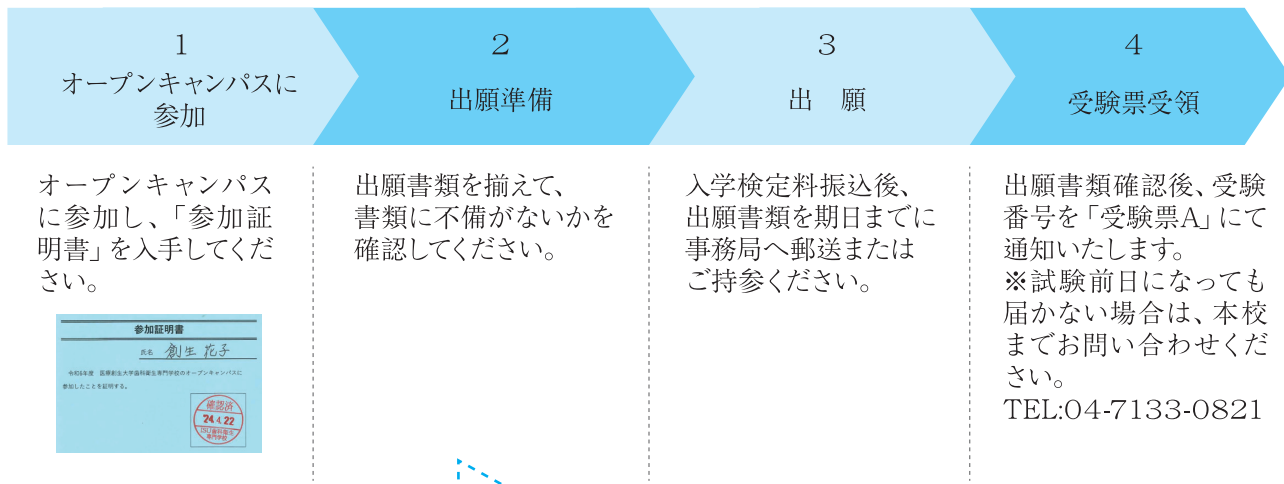


# 推薦型選抜 歯科医師会推薦入学試験

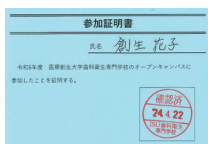
## 出願要件

次の条件をすべて満たす者

- ・2025年3月に高等学校及び中等教育学校を卒業見込みの者、高等学校及び中等教育学校を卒業した者又は高等学校を卒業した者と同等以上の学力があると認められる者、もしくは2025年3月に大学、短期大学及び専修学校専門課程卒業見込みの者又は卒業した者
- ・郡市区歯科医師会に所属している歯科医師が推薦した者
- ・本校を専願とし入学を辞退しない者
- ・2024年度のオープンキャンパス等のオンライン実施を含むイベント（個別見学・相談など）に参加をした者
- ・合格の場合には入学前教育プログラムを必ず受講する者



オープンキャンパスに参加し、「参加証明書」を入手してください。



出願書類を揃えて、書類に不備がないかを確認してください。

入学検定料振込後、出願書類を期日までに事務局へ郵送またはご持参ください。

出願書類確認後、受験番号を「受験票A」にて通知いたします。  
※試験前日になっても届かない場合は、本校までお問い合わせください。  
TEL:04-7133-0821

## 【出願書類】

### 1 入学願書

(本校所定のもの)  
※P15 見本参照

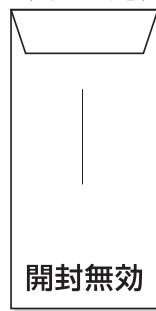
### 2 歯科医師会推薦書

(本校所定のもの)  
※P17 見本参照



### 3 調査書もしくは卒業証明書

(高等学校在学者は「出身高等学校所定」のもの、社会人は最終学校発行の「卒業証明書」)



### 4 受験票A・B

(本校所定のもの)  
※P19 見本参照



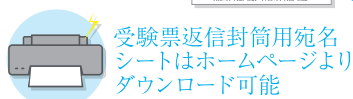
### 5 参加証明書

※オープンキャンパスに参加し、入学検定料が減額される方のみ提出

### 6 入学試験受験票 返信封筒

(市販の長形3号封筒に「受験票返信封筒用宛名シート」を貼り付けて封筒を作成)  
※受験票返信封筒用宛名シートはP23参照

簡易書留切手代  
350+84=434円を貼付  
※切手について、価格改定が行われた際は、それに準じた金額に変更してください。





## 選考日程

選考区分	出願期間	選考日	合否発表	入学手続き締切日
1期	2024年10月15日(火) ～11月 5日(火)	2024年 11月 9日(土)	選考日より 10日以内	2024年 11月29日(金)
2期	2024年11月18日(月) ～12月 9日(月)	2024年 12月14日(土)		2025年 1月10日(金)
3期	2024年12月16日(月) ～2025年 1月20日(月)	2025年 1月25日(土)		2025年 2月14日(金)
4期	2025年 1月21日(火) ～ 2月10日(月)	2025年 2月15日(土)		2025年 3月 7日(金)
5期	2025年 2月17日(月) ～ 3月10日(月)	2025年 3月15日(土)		2025年 3月28日(金)



選考日当日は「受験票A」及び「筆記用具」をご持参ください。

合格者には「結果通知書」と合わせて「入学手続きのご案内」を送付いたします。

入学手続きの完了を確認後、「入学許可証」と「入学前教育プログラムのご案内」を送付いたします。

### 7 出願書類を送付

市販の角形2号封筒に「出願書類提出用宛名シート」を貼り付けて封筒を作成し、**1～6**の書類をすべて同封する  
※出願書類提出用宛名シートはP21参照



出願書類提出用宛名シートはホームページよりダウンロード可能

### 8 出願期限内に郵便局窓口より「簡易書留速達郵便」にて郵送して下さい。(出願締切日必着)

#### 【送付先】

〒277-0803  
千葉県柏市小青田1-3-16  
医療創生大学歯科衛生専門学校 行



#### 【持参する場合】

月曜日～土曜日  
午前9時～午後5時までと  
なります。  
(日曜日、祝日は受け付け  
ません。)

# 一般入学試験

## 出願要件

次の条件をすべて満たす者

- ・2025年3月に高等学校及び中等教育学校卒業見込みの者又は卒業した者もしくは高等学校を卒業した者と同等以上の学力があると認められる者
- ・入学手続き完了後、入学前教育プログラムを必ず受講する者



出願書類を揃えて、書類に不備がないかを確認してください。

入学検定料振込後、出願書類を期日までに事務局へ郵送またはご持参ください。

出願書類確認後、受験番号を「受験票A」にて通知いたします。  
※試験前日になっても届かない場合は、本校までお問い合わせください。  
TEL:04-7133-0821

選考日当日は「受験票A」及び「筆記用具」をご持参ください。

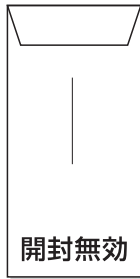
## 【出願書類】

### 1 入学願書

(本校所定のもの)  
※P15 見本参照

### 2 調査書もしくは卒業証明書

(高等学校在学者は出身高等学校所定のもの、社会人は最終学校発行の「卒業証明書」)



### 3 他校併願届

※他校併願希望者のみ提出 ※P18 見本参照

### 4 受験票A・B

(本校所定のもの)  
※P19 見本参照

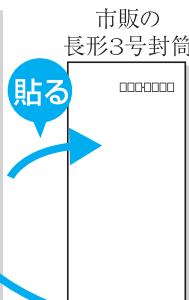
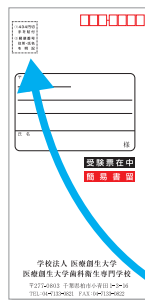
### 5 参加証明書

※オープンキャンパスに参加し、入学検定料が減額される方のみ提出

### 6 入学試験受験票 返信封筒

(市販の長形3号封筒に「受験票返信封筒用宛名シート」を貼り付けて封筒を作成)

※受験票返信封筒用宛名シートはP23参照



簡易書留切手代  
350+84=434円を貼付  
※切手について、価格改定が行われた際は、それに準じた金額に変更してください。

350円切手

84円切手

受験票返信封筒用宛名シートはホームページよりダウンロード可能

## 選考日程

選考区分	出願期間	選考日	合否発表	入学手続き締切日
1期	2024年10月15日(火) ～11月 5日(火)	2024年 11月 9日(土)	選考日より 10日以内	2024年 11月29日(金)
2期	2024年11月18日(月) ～12月 9日(月)	2024年 12月14日(土)		2025年 1月10日(金)
3期	2024年12月16日(月) ～2025年 1月20日(月)	2025年 1月25日(土)		2025年 2月14日(金)
4期	2025年 1月21日(火) ～ 2月10日(月)	2025年 2月15日(土)		2025年 3月 7日(金)
5期	2025年 2月17日(月) ～ 3月10日(月)	2025年 3月15日(土)		2025年 3月28日(金)

5  
結果通知

合格者には「結果通知書」と合わせて「入学手続きのご案内」を送付いたします。

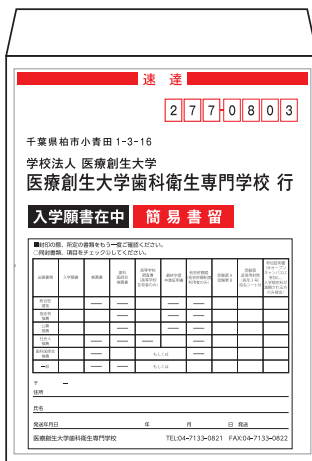
6  
入学手続き


入学手続きの完了を確認後、「入学許可証」と「入学前教育プログラムのご案内」を送付いたします。

一般入学試験受験者は、**2025年3月29日(土) 17:00**までに入学辞退を申し出た方には、入学金を返還いたします。

### 7 出願書類を送付

市販の角形2号封筒に「出願書類提出用宛名シート」を貼り付けて封筒を作成し、**1～6**の書類をすべて同封する  
※出願書類提出用宛名シートはP21参照



 出願書類提出用宛名シートはホームページよりダウンロード可能

### 8 出願期限内に郵便局窓口より「簡易書留速達郵便」にて郵送して下さい。(出願締切日必着)

#### 【送付先】

〒277-0803  
千葉県柏市小青田1-3-16  
医療創生大学歯科衛生専門学校 行



#### 【持参する場合】

月曜日～土曜日  
午前9時～午後5時までと  
なります。  
(日曜日、祝日は受け付け  
ません。)

# 学 生 納 入 金

## 1. 学生納入金

(単位：円)

納入金 項目	1年次			2年次		3年次	
	入学手続き時	前期	後期	前期	後期	前期	後期
入学金	200,000	—	—	—	—	—	—
授業料	—	300,000	300,000	300,000	300,000	300,000	300,000
施設整備費	—	50,000	50,000	50,000	50,000	50,000	50,000
実験・実習費	—	100,000	100,000	100,000	100,000	100,000	100,000
計	200,000	450,000	450,000	450,000	450,000	450,000	450,000
合計	1,100,000			900,000		900,000	

\* 入学手続き時は、入学金のみの納入となります。

\* 入学金以外の納入金の納入方法は、前期・後期の2回に分けて納入となります。

\* 独立行政法人日本学生支援機構の奨学金を利用される方は、授業料を月払いで納入することもできます。

## 2. その他の費用

上記1. 学生納入金の他に下記の費用がかかります。

(単位：円)

	1年次		2年次	3年次	計
	前期	後期	前期	前期	
教科書代	100,000	20,000	20,000	10,000	150,000
実習器材	130,000	20,000	—	—	150,000
入学前教育教材費	9,900	—	—	—	9,900
名札・シューズ代	4,600	—	—	—	4,600
学生保険	4,500	—	4,500	4,500	13,500
国家試験受験料	—	—	—	14,700	14,700
* 実習衣、パソコン、ワクチン接種、規定服などの費用も必要となります。					
合計	249,000	40,000	24,500	29,200	342,700

\* 見込み金額となっておりますので、金額が変更となる場合があります。

## 3. 交通費に関して

- ・ 公共交通機関学割適用
- ・ 学校駐車場 6カ月15,000円（原則、公共交通機関での通学ですが、特別な事項がある場合、駐車場利用許可が必要）
- ・ 学校駐輪場 原付、自転車（通学（自転車登録）許可が必要）
- ・ 病院、施設等の実習における交通費及び宿泊を伴う場合の宿泊費は自己負担になります。

## 奨学金・給付金など

本校では以下の奨学金制度が利用できます。

・独立行政法人日本学生支援機構

※高校在学中に事前申し込みが可能な予約採用をお勧めします。詳しくは在学されている高校にお問い合わせください。社会人の方、事前申し込みをされていない方は、入学後に申請方法等ご案内いたします。

【ナビダイヤル】0570-666-301 【ホームページ】<https://www.jasso.go.jp/>

・高等教育の修学支援新制度

給付型奨学金及び授業料等が減免される制度です。

※詳しくは、文部科学省特設ホームページ「高等教育の修学支援新制度」及び日本学生支援機構ホームページ「奨学金の制度（給付型）」を参照ください。

【ホームページ】[https://www.mext.go.jp/a\\_menu/koutou/hutankeigen/index.htm](https://www.mext.go.jp/a_menu/koutou/hutankeigen/index.htm)

・柏市母子家庭（父子家庭）自立支援給付金

詳しくは、柏市子ども部子ども福祉課にお問い合わせください。【TEL】04-7167-1595

## 教育ローン

本校では、「国の教育ローン」（日本政策金融公庫）や「本校が提携する会社の教育ローン」が利用できます。

・「国の教育ローン」は大学、高校、短大、専修学校、各種学校や外国の高校、大学等に入学・在学するお子様をお持ちのご家庭を対象とした公的な融資制度です。

【ご融資額】お子様1人につき350万円以内（一定の要件に該当する場合は450万円以内）

【利率】年2.25%（母子/父子家庭の方などは1.85%）2024年2月現在

【ご返済期間】18年以内

【用途】学校納付金（入学金、授業料など）、教科書代、アパート・マンションの敷金・家賃など

【ご返済方法】元利均等毎月払（ボーナス月増額返済も可能です）

【ホームページ】「国の教育ローン」で検索または

<https://www.jfc.go.jp/n/finance/search/ippan.html>

【お問い合わせ】教育ローンコールセンター 0570-008656（ナビダイヤル）

または 03-5321-8656

## 学校提携の寮・アパートの紹介

本校では、自宅から通えない距離にある学生のために、学校提携の不動産会社による学生向けアパート・マンションの紹介を行っております。

詳細につきましては、お問い合わせください。

## 《提出書類(見本)》

入 学 願 書 入試第 1 号様式

推 薦 書 入試第 2 号様式

歯科医師会推薦書 入試第 3 号様式

他 校 併 願 届 入試第 4 号様式

受験票 A・受験票 B 入試第 5-1 号様式・入試第 5-2 号様式

### 【書類上の注意事項】

- ・ 出願書類の内容に虚偽があった場合、入学を取り消すことがあります。
- ・ 出願書類上に記載・捺印や写真の貼付漏れがないようご注意ください。  
書類に不備がある場合には出願を受付いたしません。
- ・ 出願書類の中で「厳封」とあるものについては、開封せずに提出してください。(開封したものについては受理できません。)
- ・ 証明書と氏名が異なる場合には「戸籍抄本」を添付してください。
- ・ 提出書類及び入学検定料はいかなる理由があっても返却いたしません。
- ・ 出願時に健康診断書を提出する必要はありません。ただし、入学後に本校で実施する健康診断を必ず受けてください。健康診断の結果、重大な疾患のため学業が継続できないと認められた場合には休学措置をとることがあります。
- ・ 外国籍の方、留学された方、日本以外の高等学校を卒業された方は、出願前にお問い合わせください。
- ・ 高等学校卒業程度認定試験(旧大学入学資格検定)合格者は合格証明書の写しを提出してください。



入試第1号様式 ※黒のボールペンで記入してください。

# 入学願書(見本)

\*印欄は記入しないこと

(西暦)20〇〇年 〇月 〇日現在

*受付年月日		*受験番号	
--------	--	-------	--

志望学科	<input checked="" type="checkbox"/> 歯科衛生第Ⅰ学科 <input type="checkbox"/> 歯科衛生第Ⅱ学科	◆志望する学科に <input checked="" type="checkbox"/> を付けてください
------	--	---

選考区分	<input type="checkbox"/> 総合型選抜 <input checked="" type="checkbox"/> 一般    ( <input type="checkbox"/> 筆記試験 <input checked="" type="checkbox"/> 小論文)
	<input type="checkbox"/> 推薦型選抜    ( <input type="checkbox"/> 指定校 <input type="checkbox"/> 公募 <input type="checkbox"/> 社会人 <input type="checkbox"/> 歯科医師会)
	<input checked="" type="checkbox"/> 1期 <input type="checkbox"/> 2期 <input type="checkbox"/> 3期 <input type="checkbox"/> 4期 <input type="checkbox"/> 5期

フリガナ	ソウセイ    ハナコ	性別		写真貼付 (縦4cm×横3cm)  ・上半身脱帽正面のもの ・最近3カ月以内に撮影したもの (写真裏面には名前を記入してください。)
氏名	創生 花子	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女		
生年月日	(西暦)2006年 4 月 10 日生 (満 17 歳)			
現住所	(〒 277-0803 ) 千葉県柏市小青田1丁目3の16			
電話番号	① 04-〇〇〇〇-〇〇〇〇	② 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇	◆日中連絡のつく電話番号	
連絡のつくメールアドレス	dh-info @ isu.ac.jp			

志願者の 出身高等学校 及び入学資格など	2025年 3 月 医療創生大学附属創生 高等学校 <input type="checkbox"/> 卒業 <input checked="" type="checkbox"/> 卒業見込			
	年度 <input type="checkbox"/> 大学入学資格検定試験 ・ <input type="checkbox"/> 高等学校卒業程度認定試験 合格			
学歴等 ※最終学歴を記載 ください。	年 月	<input type="checkbox"/> 専門学校 <input type="checkbox"/> 短期大学 <input type="checkbox"/> 大学	<input type="checkbox"/> 学部 <input type="checkbox"/> 学科 <input type="checkbox"/> コース <input type="checkbox"/> 専攻	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 在学中 ( 年次 )
	年 月	<input type="checkbox"/> 専門学校 <input type="checkbox"/> 短期大学 <input type="checkbox"/> 大学	<input type="checkbox"/> 学部 <input type="checkbox"/> 学科 <input type="checkbox"/> コース <input type="checkbox"/> 専攻	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 在学中 ( 年次 )
職歴	勤務期間	勤務先	職種	
	年 月 ~ 年 月			
	年 月 ~ 年 月			
	年 月 ~ 年 月			

◆直近3カ所で5年以内の職歴を記載してください

学費負担者	氏名	創生 太郎	本人との関係	父
	住所	〒 277-0803 千葉県柏市小青田1丁目3の16 電話番号 ( 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇 )		
	勤務先名	医療創生歯科医院 電話番号 ( 04-〇〇〇〇-〇〇〇〇 )		

※学費の請求書は、上記の学費負担者の住所に送付されます。

※黒のボールペンで記入してください。  
 ※ホームページよりダウンロード可能です。  
 ※推薦者をご記入ください。

\*印欄は記入しないこと

*受験番号	
-------	--

## 推 薦 書(見本)

医療創生大学歯科衛生専門学校  
 学校長 田島 聖士 様

(西暦) 2024年 ○月 ○日

高等学校名 医療創生大学附属創生高校

学 校 長 創生 太郎 印

下記の者は貴校への進学を希望しており、人物・成績・身体ともに良好と認められることから推薦いたします。

フリガナ	ソウセイ ハナコ		
氏 名	創生 花子	(西暦) 2025年 3月 15日卒業見込み	
性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	生年月日	2006年 4月 10日
志望学科	<input checked="" type="checkbox"/> 歯科衛生第Ⅰ学科 <input type="checkbox"/> 歯科衛生第Ⅱ学科		
所見	人物		
	学業		

※所見は必ずご記入ください。

※黒のボールペンで記入してください。  
 ※ホームページよりダウンロード可能です。  
 ※推薦者をご記入ください。

\*印欄は記入しないこと

*受験番号	
-------	--

## 歯科医師会推薦書(見本)

医療創生大学歯科衛生専門学校  
 学校長 田島 聖士 様

(西暦) 2024年 ○月 ○日

郡市区歯科医師会 柏市歯科医師会

歯科医院名 創生歯科医院

歯科医師名 創生 太郎 ㊞

下記の者は貴校への進学を希望しており、人物・身体ともに良好と認められることから推薦いたします。

フリガナ	ソウセイ ハナコ		
氏名	創生 花子	(西暦) 2025年 3月 15日卒業見込み	
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	生年月日	2006年 4月 10日
志望学科	<input checked="" type="checkbox"/> 歯科衛生第Ⅰ学科 <input type="checkbox"/> 歯科衛生第Ⅱ学科		
所見			

※所見は必ずご記入ください。

\*受験番号

## 他校併願届(見本)

医療創生大学歯科衛生専門学校

学校長 田島 聖士 様

(西暦) 2024年 ○月 ○日

住所 千葉県柏市小青田1丁目3の16

氏名 創生 花子 ㊞

私は貴校と他の大学、短期大学、専門学校の受験をしますので、他校併願制度の利用を届出いたします。  
なお、併願校名および進学決定期日は下記の通りです。

併願校名	合格発表日
医療創生(大学)・短大 国際看護学部 看護学科	2025年 3月 5日
大学・短大 学部 学科	年 月 日
学校・学院 学科	年 月 日
学校・学院 学科	年 月 日

◎ 併願できる学科は医療系学科のみとします。  
不明な点はお問い合わせください。

◎ 最終決定期日は、上記併願校の最後の合格発表の翌日とします。

- ◆入学試験、一般1期・2期の受験者は2025年2月17日(月)までとなります。  
入学試験、一般3期・4期の受験者は2025年3月17日(月)までとなります。

最終決定期日：(西暦) 2025年 3月 6日(木)

※入学辞退の場合は、別途「入学辞退届」を提出していただきますので、ご連絡ください。

# 受験票A(見本)

\*印欄は記入しないこと

*受験番号	
受験学科	<input checked="" type="checkbox"/> 歯科衛生第I学科 <input type="checkbox"/> 歯科衛生第II学科
選考区分	<input type="checkbox"/> 総合型選抜 <input checked="" type="checkbox"/> 一般 ( <input type="checkbox"/> 筆記試験 <input checked="" type="checkbox"/> 小論文 ) <input type="checkbox"/> 推薦型選抜 [ <input type="checkbox"/> 指定校 <input type="checkbox"/> 公募 ] <input type="checkbox"/> 社会人 <input type="checkbox"/> 歯科医師会
	<input checked="" type="checkbox"/> 1期 <input type="checkbox"/> 2期 <input type="checkbox"/> 3期 <input type="checkbox"/> 4期 <input type="checkbox"/> 5期
フリガナ	ソウセイ ハナコ
氏名	創生 花子
生年月日	(西暦) 2006年 4月 10日生
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 年齢 17 歳

2025年度

医療創生大学歯科衛生専門学校

切り離さないで提出

受付印

# 受験票B(学校控)

\*印欄は記入しないこと

*受験番号	
受験学科	<input checked="" type="checkbox"/> 歯科衛生第I学科 <input type="checkbox"/> 歯科衛生第II学科
選考区分	<input type="checkbox"/> 総合型選抜 <input checked="" type="checkbox"/> 一般 ( <input type="checkbox"/> 筆記試験 <input checked="" type="checkbox"/> 小論文 ) <input type="checkbox"/> 推薦型選抜 [ <input type="checkbox"/> 指定校 <input type="checkbox"/> 公募 ] <input type="checkbox"/> 社会人 <input type="checkbox"/> 歯科医師会
	<input checked="" type="checkbox"/> 1期 <input type="checkbox"/> 2期 <input type="checkbox"/> 3期 <input type="checkbox"/> 4期 <input type="checkbox"/> 5期
フリガナ	ソウセイ ハナコ
氏名	創生 花子
生年月日	(西暦) 2006年 4月 10日生
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 年齢 17 歳

写真貼付  
(縦4cm×横3cm)  
・上半身脱帽正面のもの  
・最近3カ月以内に撮影したもの

※収納印のないものは受理しません。

※受験票B(学校控)の  
取扱金融機関収納印に  
漏れがないように  
ご注意ください。



医療創生大学歯科衛生専門学校

取引銀行切り離し

## 電信扱

依頼日	2000年 0月 0日 振込指定	電信扱	手数料	
先方銀行	三井住友銀行 広島支店	金額	百万	千
受取人	普通預金 口座番号 7094309	円	¥	304.44
口座名	(ガク) イリヨウソウセイダイガク	現金		
	学校法人 医療創生大学	他手枚		
ご依頼人	(フリガナ) ソウセイ ハナコ	当手枚		
	おなまえ	10,000	0,000	
	創生 花子 様	5,000	0,000	
		2,000	0,000	
	1,000	0,000		
	500	00		
	100	00		
	50	0		
	10	0		
	5			
1				
おところ	千葉県柏市小青田1丁目3の16	合計		
	☎ 04-0000-0000	つり銭		

(取扱店保存)



## 払込金(兼手数料)受領書

依頼日	年 月 日
金額	百万 千 円
	¥ 304.44
先方銀行	三井住友銀行 広島支店
受取人	預金種目
	普通預金
ご依頼人	口座番号
	7094309
	口座名
	学校法人 医療創生大学
	様
手数料	

上記の金額正に受け取りました。  
銀行  
支店  
(取扱店→お振込人)



記載事項を訂正した場合はその箇所に訂正印を押してください。

医療創生大学歯科衛生専門学校

2025年度







**速 達**

2 7 7 - 0 8 0 3

千葉県柏市小青田 1-3-16

学校法人 医療創生大学  
**医療創生大学歯科衛生専門学校 行**

**入学願書在中 簡易書留**

■封印の際、所定の書類をもう一度ご確認ください。

○同封書類、項目をチェック①してください。

出願書類	入学願書	推薦書	歯科 医師会 推薦書	高等学校 調査書 (高等学校 在校生のみ)	最終学歴 卒業証明書	他校併願届 (他校併願制度 利用者のみ)	受験票 A 受験票 B	受験票 返信用封筒 (長形3号) 宛名シート付	参加証明書 (※オープン キャンパスに 参加し、 入学検定料が 減額される方 のみ提出)
総合型 選抜		—	—		—	—			
指定校 推薦			—		—	—			
公募 推薦			—		—	—			
社会人 推薦		—	—	—		—			
歯科医師会 推薦		—		もしくは		—			
一般		—	—	もしくは					

〒 —

住所

氏名

発送年月日

年

月

日 発送

医療創生大学歯科衛生専門学校

TEL:04-7133-0821 FAX:04-7133-0822



※ポストへの投函はできません。必ず最寄りの郵便局窓口より「簡易書留速達郵便」にて郵送して下さい。



# 入学試験受験票返信封筒用 宛名シート

※長形3号封筒に貼り付けて作成

※切手について、価格改定が行われた際は、  
それに準じた金額に変更してください。



(1) 434円切  
手を貼付  
(2) 郵便番号  
住所・氏名  
を明記

〒	—
送り先	
氏名	様



**受験票在中**  
**簡易書留**

学校法人 医療創生大学  
医療創生大学歯科衛生専門学校

〒277-0803 千葉県柏市小青田 1-3-16  
TEL:04-7133-0821 FAX:04-7133-0822





## 《提出書類》

入 学 願 書 入試第 1 号様式

推 薦 書 入試第 2 号様式

歯科医師会推薦書 入試第 3 号様式

他 校 併 願 届 入試第 4 号様式

受験票 A・受験票 B 入試第 5-1 号様式・入試第 5-2 号様式





# 入学願書

\*印欄は記入しないこと

年 月 日現在

\*受付年月日

\*受験番号

志望学科	<input type="checkbox"/> 歯科衛生第Ⅰ学科 <input type="checkbox"/> 歯科衛生第Ⅱ学科	◆志望する学科に <input checked="" type="checkbox"/> を付けてください
------	---	---

選考区分	<input type="checkbox"/> 総合型選抜 <input type="checkbox"/> 一般 ( <input type="checkbox"/> 筆記試験 <input type="checkbox"/> 小論文 )
	<input type="checkbox"/> 推薦型選抜 ( <input type="checkbox"/> 指定校 <input type="checkbox"/> 公募 <input type="checkbox"/> 社会人 <input type="checkbox"/> 歯科医師会 )
	<input type="checkbox"/> 1期 <input type="checkbox"/> 2期 <input type="checkbox"/> 3期 <input type="checkbox"/> 4期 <input type="checkbox"/> 5期

フリガナ		性別	写真貼付 (縦4cm×横3cm)  ・上半身脱帽正面のもの ・最近3カ月以内に撮影したもの
氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
生年月日	(西暦) 年 月 日生 (満 歳)		
現住所	(〒 ー )		
電話番号	①	②	◆日中連絡のつく電話番号
連絡のつくメールアドレス	@		

志願者の 出身高等学校 及び入学資格など	年 月	高等学校	<input type="checkbox"/> 卒業	<input type="checkbox"/> 卒業見込	
	年度 <input type="checkbox"/> 大学入学資格検定試験 ・ <input type="checkbox"/> 高等学校卒業程度認定試験 合格				
学歴等	年 月	<input type="checkbox"/> 専門学校 <input type="checkbox"/> 短期大学 <input type="checkbox"/> 大学	<input type="checkbox"/> 学部	<input type="checkbox"/> 学科 <input type="checkbox"/> コース <input type="checkbox"/> 専攻	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 在学中 ( 年次 )
	年 月	<input type="checkbox"/> 専門学校 <input type="checkbox"/> 短期大学 <input type="checkbox"/> 大学	<input type="checkbox"/> 学部	<input type="checkbox"/> 学科 <input type="checkbox"/> コース <input type="checkbox"/> 専攻	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 在学中 ( 年次 )
職歴	勤務期間		勤務先		職種
	年 月 ~	年 月			
	年 月 ~	年 月			
	年 月 ~	年 月			

◆直近3カ所で5年以内の職歴を記載してください

学費負担者	氏名		本人との関係	
	住所	〒 ー	電話番号 ( )	
	勤務先名		電話番号 ( )	

※学費の請求書は、上記の学費負担者の住所に送付されます。



\*印欄は記入しないこと

*受験番号	
-------	--

# 推薦書

医療創生大学歯科衛生専門学校  
学校長 田島 聖士 様

(西暦) 年 月 日

高等学校名

学 校 長 印

下記の者は貴校への進学を希望しており、人物・成績・身体ともに良好と認められることから推薦いたします。

フリガナ			
氏 名		(西暦)	年 月 日卒業見込み
性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	年 月 日
志望学科	<input type="checkbox"/> 歯科衛生第Ⅰ学科 <input type="checkbox"/> 歯科衛生第Ⅱ学科		
所見	人物		
	学業		



\*印欄は記入しないこと

*受験番号	
-------	--

# 歯科医師会推薦書

医療創生大学歯科衛生専門学校  
学校長 田島 聖士 様

(西暦) 年 月 日

郡市区歯科医師会

歯科医院名

歯科医師名



下記の者は貴校への進学を希望しており、人物・身体ともに良好と認められることから推薦いたします。

フリガナ		(西暦) 年 月 日卒業見込み	
氏名		生年月日	年 月 日
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
志望学科	<input type="checkbox"/> 歯科衛生第Ⅰ学科 <input type="checkbox"/> 歯科衛生第Ⅱ学科		
所見			



\*受験番号

## 他校併願届

医療創生大学歯科衛生専門学校

学校長 田島 聖士 様

(西暦) 年 月 日

住所

氏名

印

私は貴校と他の大学、短期大学、専門学校の受験をしますので、他校併願制度の利用を届出いたします。  
なお、併願校名および進学決定期日は下記の通りです。

併願校名			合格発表日
大学・短大	学部	学科	年 月 日
大学・短大	学部	学科	年 月 日
学校・学院		学科	年 月 日
学校・学院		学科	年 月 日

◎ 併願できる学科は医療系学科のみとします。  
不明な点はお問い合わせください。

◎ 最終決定期日は、上記併願校の最後の合格発表の翌日とします。

- ◆入学試験、一般1期・2期の受験者は2025年2月17日(月)までとなります。  
入学試験、一般3期・4期の受験者は2025年3月17日(月)までとなります。

最終決定期日：(西暦) 年 月 日 ( )

※入学辞退の場合は、別途「入学辞退届」を提出していただきますので、ご連絡ください。





## 受験票A

\*印欄は記入しないこと

*受験番号				
受験学科	<input type="checkbox"/> 歯科衛生第I学科 <input type="checkbox"/> 歯科衛生第II学科			
選考区分	<input type="checkbox"/> 総合型選抜 <input type="checkbox"/> 一般 ( <input type="checkbox"/> 筆記試験 <input type="checkbox"/> 小論文) <input type="checkbox"/> 推薦型選抜 [ <input type="checkbox"/> 指定校 <input type="checkbox"/> 公募 <input type="checkbox"/> 社会人 <input type="checkbox"/> 歯科医師会]			
	<input type="checkbox"/> 1期 <input type="checkbox"/> 2期 <input type="checkbox"/> 3期 <input type="checkbox"/> 4期 <input type="checkbox"/> 5期			
フリガナ				
氏名				
生年月日	(西暦)	年	月	日生
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢	歳	

2025年度

医療創生大学歯科衛生専門学校

## 受験票B (学校控)

\*印欄は記入しないこと

*受験番号				
受験学科	<input type="checkbox"/> 歯科衛生第I学科 <input type="checkbox"/> 歯科衛生第II学科			
選考区分	<input type="checkbox"/> 総合型選抜 <input type="checkbox"/> 一般 ( <input type="checkbox"/> 筆記試験 <input type="checkbox"/> 小論文) <input type="checkbox"/> 推薦型選抜 [ <input type="checkbox"/> 指定校 <input type="checkbox"/> 公募 <input type="checkbox"/> 社会人 <input type="checkbox"/> 歯科医師会]			
	<input type="checkbox"/> 1期 <input type="checkbox"/> 2期 <input type="checkbox"/> 3期 <input type="checkbox"/> 4期 <input type="checkbox"/> 5期			
フリガナ				
氏名				
生年月日	(西暦)	年	月	日生
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢	歳	

写真貼付  
(縦4cm×横3cm)

- 上半身脱帽正面のもの
- 最近3カ月以内に撮影したもの

※収納印のないものは受理しません。

受付印



医療創生大学歯科衛生専門学校

取引銀行切り離し

## 電信扱

依頼日	年	月	日	振込指定	電信扱	手数料				
先方銀行	三井住友銀行 広島支店				金額	百万	千	円		
受取人	種目	普通預金 口座番号 7094309				現金				
	口座名	(ガク) イリヨウソウセイダイガク 学校法人 医療創生大学				他手枚				
ご依頼人	おなまえ おところ	(フリガナ)				当手枚				
						10,000	0,000			
						5,000	000			
						2,000	000			
						1,000	000			
						500	00			
						100	00			
						50	0			
						10	0			
						5				
				1						
				合計						
				つり銭						

(取扱店保存)



## 払込金(兼手数料)受領書

依頼日	年	月	日
先方銀行	三井住友銀行 広島支店		
受取人	預金種目	普通預金	
	口座番号	7094309	
ご依頼人	口座名	学校法人 医療創生大学	
	手数料		

上記の金額正に受け取りました。

銀行

支店

(取扱店→お振込人)



## 注意事項

1. 受付は同封の「入学試験のご案内」に記載された時間となります。  
尚、遅刻は原則として認めません。
2. 試験監督の指示した場所に着席してください。
3. 指定以外の場所で受験した場合、その答案は無効とします。
4. 試験中及び試験終了後に不正行為が判明した場合は、その答案は無効とします。
5. 試験中に質問がある場合、トイレや体調が悪くなった等の場合は、黙って挙手してください。



## アクセス



## 主要駅からのアクセス



学校法人 医療創生大学

## 医療創生大学歯科衛生専門学校

〒277-0803 千葉県柏市小青田1-3-16

TEL:04-7133-0821 / FAX:04-7133-0822

個人情報の取り扱いについて

入学試験の応募に際し得た個人情報は、法令を遵守し、医療創生大学個人情報保護規程に従って管理いたします。入学試験並びに入学に係わる業務以外では使用いたしません。