

2019年6月

同窓生のみなさまへ

北海道医療大学歯学部附属
歯科衛生士専門学校
校長 齊藤 正人

歯科衛生士専門学校 同窓生推薦のお願い

平素は本校の教育・研究にご協力賜り厚く御礼申し上げます。

さて、本校では、地域医療に貢献する歯科衛生士を養成するため、2020年度入学試験より、歯科医師会または同窓生による推薦制度を設けます。本制度は、歯科医師会または同窓生からご推薦をいただいた受験生を対象に、入学金（20万円）の半額（10万円）を減免する制度です。

これまで実施してきました早期出願者（11月末までの出願者）を対象とする入学金減免措置（10万円）につきましても、従前どおり実施いたしますので、併用により入学金の全額減免が可能となります。



つきましては、該当者がいらっしゃいましたら、ぜひともご推薦を賜りたくお願い申し上げます。

本校の学生納付金

	初年度		2年次		3年次		3年間合計
	入学時	後期（9月）	前期（4月）	後期（9月）	前期（4月）	後期（9月）	
入学金	200,000円	-	-	-	-	-	200,000円
授業料	325,000円	325,000円	325,000円	325,000円	325,000円	325,000円	1,950,000円
計	525,000円	325,000円	325,000円	325,000円	325,000円	325,000円	2,150,000円

<お問い合わせ先>

北海道医療大学 入試広報課
〒061-0293 石狩郡当別町金沢 1757

 0120-068-222（直通）
 nyushi@hoku-iryō-u.ac.jp

推 薦 書

北海道医療大学歯学部附属
歯科衛生士専門学校長 様

同 窓 会 (卒業期) _____ 学部 学科 同窓会()期卒

同窓生氏名

印

下記の生徒を、北海道医療大学 歯学部附属歯科衛生士専門学校に推薦いたします。

記

フリガナ			
氏名			
生年月日	西暦	年	月 日生
高等学校 中等教育学校			高等学校 中等教育学校
	西暦	年	月 卒業(見込)
特記事項			