

入学願書 [通信課程]

※附帯教育

受験番号

受付日 年 月 日

学校法人 滋慶コミュニケーションアート

京都医健専門学校

学校長 藤田 裕之 殿

貴校に入学を希望しますので、必要書類を提出いたします。
入学のうえは学則その他の諸規則を守り、学業に専念する事を誓います。

※ヘアメイクコース美容師免許プランを希望の方は、記入してください。

写 真

(4cm×3cm)

正面上半身、脱帽、
無背景で3か月以内に
撮影したもの。
全面にのり付けすること。
カラー・白黒どちらでも可

選考日

年 月 日

※1 AO入学認定者は、正式出願・
願書締切日を記載してください。
(P.3・4参照)

※太ワクの中のみ記入すること。

ふりがな 氏 名			生年月日 西暦 年 月 日 年齢(才)	
現住所	〒 -			
TEL	()	緊急連絡先 (携帯電話等)	()	
メールアドレス	@			
学 歴 (大学・短期大学・専門学校) 在学中の方も ご記入ください。	年 月 [立] 高等学校卒業・卒業見込み			
	現在の学年クラス 年 組 学級担任氏名 []			
	年 月 [] 大 学 短期大学 卒業・卒業見込み 専門学校			
年 月 高等学校卒業程度認定試験 合格・合格見込み (旧大学入学資格検定)				
保護者又は保証人 (直筆)	ふりがな			本人との 続 柄
	氏 名			
	ふりがな			電 話
現住所	〒 -	都 道 府 県	()	-

学 歴		
西暦	年 月	中学校 卒業
	年 月	高等学校 入学
	年 月	高等学校 卒業・卒業見込
	年 月	