

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 道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。

※プロフェッショナルヘアメイクコース/トータルビューティーコース ネイリスト専攻
美容師免許(通信課程)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	生 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
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	() -

※必ず保護者又は保証人の直筆でご記入ください。

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	