

入学願書

一般社団法人 国際総合ビューティスト協会
セントラルビューティストカレッジ
校長 毛受 芳高 殿

このたび、貴校への入学を希望しますので、関係書類を添えて、申込みいたします。

写真(カラー)
縦4cm ×横3cm
正面・無帽・無背景・
枠なしで3ヵ月以内に
撮影したもの
(裏に記名)

志願者名

印

※チェック欄があるものは、該当するものにチェックをすること。

| | | | |
|------------------------|--------------|--|-------|
| 志望学科・課程 | | 美容科 <input type="checkbox"/> 昼間課程 <input type="checkbox"/> 通信課程 | |
| 昼間課程 | 出願方法 | <input type="checkbox"/> AO <input type="checkbox"/> 一般 | |
| | | <input type="checkbox"/> 一般生 <input type="checkbox"/> 指定校推薦 <input type="checkbox"/> 特待生 <input type="checkbox"/> あしなが基金 | |
| | 週末サロンワーク | <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない | |
| 通信 | 出願方法 | <input type="checkbox"/> AO <input type="checkbox"/> 一般 | |
| 本人記入 | (フリガナ) 氏名 | | |
| | 生年月日 | 年 月 日(満 歳) | |
| | 現住所 | 〒 | |
| | 電話番号 | 自宅 - - 携帯 - - | |
| | 最終学歴 | 学校名 | 学科 |
| | | 年 月 卒業見込 ・ 卒業 | 担任 先生 |
| | 保護者署名 | ※出願者が未成年の場合、保護者の方の同意が必要になります。 氏名 印 | |
| 勤務先サロン (現在勤務されている方) | 名称 | <input type="checkbox"/> 提携サロン 電話 - - FAX - - | |
| | 所在地 | | |

受付日 年 月 日

受付番号 No.

志望理由書

○本校を志望する理由を記入してください

○あなたが本校で頑張りたいことについて記入してください
