

受付年月日 \_\_\_\_\_

受付No. \_\_\_\_\_

## 普通科・自由科 入学願書

昼間部 夜間部	男 女	西暦	年 月 日生
	ふりがな 氏名		( 歳)
現住所	〒 _____ 電話 _____		
メールアドレス	_____		
入学後の住所	〒 _____ 電話 _____		
保証人	氏名 住所	本人との関係 電話	
学歴	都道府県	中学校	年卒
	都道府県	高等学校	年卒
	大学 短期大学	部	年卒
	その他		
在学学校名	_____		
勤務先	会社名 住所	電話	

\* 太線の中だけご記入ください。

\* 普通科・自由科及び昼間部・夜間部のいずれかを丸で囲んでください。

\* 普通科のみ顔写真(縦4cm×横3cm)2枚を添えてお申し込みください。

送付先：〒150-0051

渋谷区千駄ヶ谷4-3-1

サロン・ド・シャポー学院