

入学志願書

学校法人白蓮学園・厚生労働大臣指定

浜田ビューティーカレッジ殿

平成 年 月 日

受付番号

学籍番号

写 真

3 cm × 4 cm

最近3ヶ月以内撮影
上半身・正面・無帽

本 人 印

保護者又は
保 証 人 印

貴校に入学いたしたく必要書類等を添えて
お願いします。

美 容 科

専 門 課 程
高 等 課 程
通 信 課 程

○印で囲んで下さい。

本 人	ふりがな		本 籍 地	
	氏 名		都 府 道 県	
	生 年 月 日	年 月 日生	(満 歳)	
	現 住 所		電 話	() —
			携 帯	() —
	メーアドレス			
	学 歴	年 月	学校卒業(見込)	
職 歴	自 年 月 ~ 至 年	勤務先都市名		
	勤務先			
保 護 者 又 は 保 証 人	ふりがな		本人との続柄	
	氏 名			
	生 年 月 日	年 月 日生	(満 歳)	
	現 住 所		電 話	() —
			携 帯	() —
メーアドレス				