

受付日	
番号	

※太枠は本校記入欄

入学願書

SBC 早期美容専門学校 福岡校 学校長 様

このたび貴校に入学を希望しますので、必要書類を添えて申し込みます。

志望コース	<input type="checkbox"/> 昼間課程 (<input type="checkbox"/> 推薦入試 <input type="checkbox"/> 一般)		
	<input type="checkbox"/> 通信課程 (<input type="checkbox"/> サロン従事者 <input type="checkbox"/> 非従事者 <input type="checkbox"/> Wライセンス) (<input type="checkbox"/> 10月入学 <input type="checkbox"/> 4月入学)		
月謝制	<input type="checkbox"/> 月謝制を希望する <input type="checkbox"/> 月謝制を希望しない		※Wライセンスは適用外
フリガナ			<div style="border: 1px dashed black; padding: 10px; text-align: center;"> 写真添付 カラー 4cm×3cm </div>
氏名	⑩		
生年月日	年 月 日 (満 歳)		
現住所	〒		
電話番号	自宅	携帯	
E-mail			
最終学歴	年 月 日 卒業見込 ・ 卒業		
志望動機			
保護者 または 保証人	フリガナ		本人との 続柄
	氏名	⑩	
	現住所	〒	
	電話番号		

サロン従事者 のみ記入	サロン名	
	サロン住所	〒
免許の有無	美容師免許 有(年 月 日 取得) ・ 無	

※ご記入いただいた個人情報については、入学選考及び入学後の学籍管理以外には使用いたしません

※ボールペンで記入してください(消えるボールペンは使用しないでください)