

従業者証明（通信課程入学生用）

入学生氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_

上記の者は、美容所において業務に従事していることを証明します。

年 月 日

証明者住所 \_\_\_\_\_

店 名 \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

証明者氏名 \_\_\_\_\_ 印

（店主または店長が記入してください）

学校法人 川越専門学園

専門学校トータルビューティカレッジ川越

番号

## 入学願書

私は、貴校に入学を志望いたしますので、関係書類及び入学検定料を添えて申し込みます。

年 月 日

志願者氏名

印

学校法人 川越専門学園

専門学校 トータルビューティカレッジ川越 校長

高橋 正晴 様

○志願者氏名は、戸籍どおり正確に記入すること

志 願 科	専門課程 美容学科 通信課程 美 容 科 (志願する課程を○で囲んで下さい。)
現 住 所	〒□□□□□□□□  方
電 話	携 帯
ふ り が な	性 別
氏 名	
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日生 歳
最終出身学校	所在地
	学校名
	電 話
	卒 業 昭和・平成 年 月 日 (卒業・卒業見込)

裏面にも記入すること

履 歴 書	学 歴	年 月	中学校卒業
		年 月	高等学校(卒業・卒業見込)
		年 月	
	職 歴	年 月	
		年 月	
		年 月	
	資 格	年 月	
		年 月	
		年 月	