

入学願書

写真 (1 枚)

※3ヶ月以内に撮影の顔写真を貼ってください。

受付No. _____

学籍No. _____

シャルルドゥワイメージセラピーアカデミー 学長 土井俊廣 殿		貴学院に入学いたしたく関係書類を添えて申込みます。 年 月 日	
本人	フリガナ		
	氏名	印	年 月 日生 才
	住所	〒	TEL - - FAX - -
	勤務先	所在地	TEL - -
保証人	氏名	印	勤務先
	本人との関係	住所	〒 TEL - -
職歴		年 月	学歴
		年 月	年 月
		年 月	資格
		年 月	年 月
コース	イメージリストコース		※イメージリストコースへの入学は、1、3、5、7、9、11 月期に分かれます。ご希望月を選んでください。 ※イメージセラピストコースへの入学は、4、10 月期に分かれます。ご希望月を選んでください。
	イメージセラピストコース		
	アカデミーコース		
入学希望年月		年 月期 (_____ コース)	
誓約書	<p>上記の記載事項はすべて事実と相違ありません。本人入学を許可されました上は、学則その他諸規則を厳守し、学費・諸納付金を納入することを誓約いたします。万一それに違反した場合は、いかようなご処分を受けましても不服を申し立てません。保証人は、本人の一身上についてすべての責任を負うことを約束します。</p> <p>本人 印 保証人 印</p>		
本人記載欄	<p>1.本校に入学される動機</p> <p>2.本校を何でお知りになりましたか。(紹介者がある場合は、その方のお名前)</p> <p>3.健康状態</p> <p>1) 既往症</p> <p>2) かかりやすい病気名</p>		

シャルル・ドゥワイメージセラピーアカデミー

〒920-0059 石川県金沢市示野町南 52 TEL 076-266-8556