厚生労働大臣指定・青森県知事認可
青森県ヘアアーチスト専門学校

入　学　願　書（美容科）

※志望者は該当項目に☑を入れて下さい。

☐ 昼間課程　☐ 通信課程

選考区分（昼間課程のみ）
☐ 推　薦　　☐ 一　般

ふりがな		性別	生年月日　昭和・平成　年　月　日	満年齢　歳
志願者氏名		男　女		

最終学歴	立　学校　科　昭和・平成・令和　年　月　日　卒業・卒業見込
本籍	都道府県名のみ
住所	〒　―
電話	自宅（　）― 携帯（　）―

写真貼付
縦4㎝ × 横3㎝

本人の勤務先	※通信課程を希望する方は、必ず記入してください。		
勤務先住所･電話	〒　―	電話番号	（　）―

通学区分	☐ 自宅　☐ 自宅以外〈 ☐ 下宿　☐ アパート　☐ その他 〉

ふりがな		続柄	性別	生年月日　昭和　年　月　日	満年齢　歳
保護者（保証人）氏名			男　女		

住所	〒　―		
電話	（　）―		
職業勤務先名			
勤務先住所･電話	〒　―	電話番号	（　）―

健　康　診　断　書

（医師記入）

ふりがな		生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日生	男・女 満年齢　　歳
氏　　名				
住　　所	都道 府県			

身　　長	cm	
体　　重	kg	
結　　核 胸部Ｘ線撮影検査	無・有	（　　）
皮膚疾患	無・有	（　　）
精神疾患	無・有	（　　）
てんかん病	無・有	（　　）
アルコール・麻痺	無・有	（　　）

その他の特記事項

診断の結果上記の通り相違ないことを証明する

令和　　年　　月　　日

住所［所在地］〒

TEL（　　　）　　—

医療機関名

医師氏名　　　　㊞