

受付番号

生徒番号

フリガナ		性別	写真	
氏名		男・女		
生年月日	年 月 日生 (歳)			
住所	〒 —			
自宅電話	()			
携帯電話	()			
選択科目	化学 ・ 生物 ・ 物理			
メールアドレス	@			
出身高校	立	高校		
	年3月卒業／	年生在籍中		
志望大学	大学	学部	学科	
	大学	学部	学科	
フリガナ				
保護者氏名	印			
保護者住所	〒 —			
メールアドレス	@			
家族構成	氏名	続柄	職業(勤務先)／学校(学校名)	

アイ・メディカ 殿

 貴校へ入学いたしたく、学費を添えて申し込みます。 入学後はアイ・メディカの規則を遵守して授業に参加し、勉学に励みます。 授業約款（概要書面・契約）に付き承諾いたしました。

年 月 日

保護者署名

本人署名