

受付番号	
------	--

## 入 学 志 願 書

氏 名	(よみがな)		
生年月日	平成 年 月 日生		男・女
出身高校	高等学校	文理別	国文・私文・理
卒業年	令和 年3月卒業		
住 所	〒		
本人連絡先 (携帯番号)			
保護者氏名			
保護者住所	〒		
保護者連絡先			

私は勝田ヶ丘志学館への入学を志望しますので、保護者と連書してお願いします

令和8年 月 日

勝田ヶ丘志学館 校長 山根孝正 殿

志願者署名

保護者署名