

受付 番号		整理 番号	
----------	--	----------	--

エコールKOB E 入学申込書

ふりがな		性別	生 年 月 日		本人写真 (添付欄)
氏名			年 月 日 (満 歳)		
住所	〒 -				
ふりがな		続柄	電話番号 他	(ご自宅) (携帯) (E-mail)	
家族代表者 氏名					
認定を受け ている障害 の区分等	手帳の種別		等級及び程度区分		
上記の者を、貴学園(事業所)へ入学(入所)させたいので、関係書類を添えて申し込みます。 令和 年 月 日 保護者 氏名 印					
学校・施設 担当者	所属・氏名		電話番号 E-mail		
福祉事業型「専攻科」エコール KOB E 学園長 殿 <u>卒業(見込み)又は 受験資格 証明書</u> 上記の者は、本校において【高等学校(高等部)の課程を】 【卒業した・本年度卒業見込みである】ことを証明する 又は上記の者の、本施設からのエコール KOB E の受験を許可する 令和 年 月 日 学校名または施設名 校長名または施設長名 印					