

神戸東洋医療学院 孔子課堂 入学願書

ご希望クラス _____

お名前 _____ (女 ・ 男)

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所 〒 _____

連絡先 _____ 携帯電話 _____

E-Mail： (携帯可) _____

中国語学習経験歴 (有 ・ 無) _____ 有の場合、学習歴： _____

中国語に関する取得ライセンスの有無 (有 ・ 無) _____

当学を何でお知りになりましたか？ _____

(写 真)

- 最近3か月以内撮影のもの
- 上半身・正面・無帽
- サイズ(縦5cm×横4cm)
- 写真裏面に名前記入のこと
- 写真2枚を貼付せずご持参か願書と同封し郵送ください

※ご注意

願書郵送の場合、必要事項ご記入の上、写真2枚とものにりで貼らずに裏面にお名前をお書きいただきそのまま願書と同封し封筒にてご送付ください。

※当学 受付担当者： _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 印