

2019年度 3学期末

入学願書

多摩大学附属
聖ヶ丘高等学校

受験番号 ※

写真貼付欄

- ①6ヶ月以内に撮影のもの
②本人と確認できるもの
③白黒・カラー問わず
④5×4cm、または4×3cm

受 験 日

3月2日

志 願 者	フリガナ		性別		生年月日	平成	年	月	日生
	氏 名								
	現住所	〒							
	電話番号								
	在学校/年次	立			高等学校			学年	
保 護 者	フリガナ		性別		生年月日	昭和	年	月	日生
	氏 名					平成			
	現住所 ※志願者と異なる場合のみ ご記入ください。	〒							
	電話番号								
	緊急連絡先	携帯電話等	〔 〕						

特記事項

(切りとらないでください)

印

受 験 票

2019年度3学期末

受 験 日	受験番号	※	
	フリガナ		性別
	氏 名		



多摩大学附属聖ヶ丘高等学校

〒206-0022 東京都多摩市聖ヶ丘4-1-1
TEL. 042-372-9393
<http://www.hijirigaoka.ed.jp>

※の欄は記入しないでください。