

# 2017年度 SAY YOU LAB 入所願書

記入日：西暦 年 月 日現在

フリガナ		印	性別 男 ・ 女		
本名			生年月日 西暦 年 月 日		
保護者名 (入所者が未成年の場合は記入)	印	保護者住所(下記住所と違う場合には記入)		年齢 満 才	血液型 型

フリガナ

現住所(〒 - ) ※都道府県から記入

(自宅) 電話番号	(携帯電話) 電話番号
メールアドレス (携帯電話) (gmail)	

健康面	
持病	※〇印をつけ、該当事項があれば記入 無 ・ 有 ( )
身体的障害	※〇印をつけ、該当事項があれば記入 無 ・ 有 ( )

バストショット(胸より上)の写真(縦型)  
(横9cm × 縦12.5cm)

フルショット(全身)の写真(縦型)  
(横9cm × 縦12.5cm)

※消えないボールペンで記入してください。

