

入学確約書

令和 年 月 日

多治見西高等学校附属中学校長 様

下記の者が、多治見西高等学校附属中学校へ入学することを確約いたします。

受験番号（ _____ ） （ _____ ） 小学校

受験者名

生年月日 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日生 性別（ _____ ）

〒

住 所

電話番号

保護者名

_____ 印