

送信日 月 日

共愛学園中学校 入試説明会・模擬試験 参加申込み用紙

参加者	フリガナ		
	児童お名前		
	フリガナ		当日来校予定
	保護者お名前		人
在籍小学校名 学 年	立	小学校	年
ご住所	郵便番号(—)		
	電話番号() —		

*当日来校予定人数は本人以外の人数を記入してください。

■模擬試験 受験(科目)希望欄(希望する科目組合せに○印をお付けください)

受験希望	<input type="checkbox"/>	算数＋国語
	<input type="checkbox"/>	算数＋作文

注) 模擬試験は基本的に小学校6年生対象で、模擬テストの形で実施します。算数は全員受験し、作文・国語については、どちらか一方を選択してください。

●申し込み締め切り 10月26日(月)まで

*この用紙をFAXまたは郵送でお送りください。

(郵送の場合:〒379-2185 前橋市小屋原町1115-3 共愛学園中学校宛)

共愛学園中学校 FAX.027-267-1001