

令和 年 月 日

学校法人 佐藤栄学園
栄北高等学校
校長 澁谷千秋様

受験番号	
生徒氏名	
保護者氏名	印

同意書

このたび貴校に合格し入学を許可されました。入学手続き時に納入した入学金については、いかなる事情が生じても返還を求めないことに同意します。