

入 学 願 書

※受験番号

希望日程

A日程 ・ B日程 A・Bいずれかの日程に○を付けてください。

私は貴校に入学を志願いたします。

(ふりがな)

志願者氏名 _____ 性別 (男・女)

生年月日・年齢 西暦 年 月 日生 (歳)

記載年月日 西暦 年 月 日

独立行政法人国立病院機構

栃木医療センター附属看護学校長 様

写真貼り付け欄

写真は上半身無帽、
正面で出願3か月
以内に撮影したもの
受験票と同じ写真
縦6cm×横4cm

西暦 年 月 撮影

志願者

〒 _____

住所・連絡先

TEL _____ (携帯TEL _____)

上記以外の連絡先 氏名 _____ (続柄: _____) TEL _____

学 歴

西暦 年 月 ~ 年 月 高等学校卒業・見込み

(学校名、大学は
学部まで記載)

西暦 年 月 ~ 年 月

西暦 年 月 ~ 年 月

職 歴

西暦 年 月 ~ 年 月

(職場名)

年 月 ~ 年 月

年 月 ~ 年 月

志望理由等

志望理由

資
格

趣
味
・
特
技

※欄は記入しないでください。