

# 入 学 願 書

※受験番号

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 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

学 歴

西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 高等学校卒業

(学校名、大学は  
学部まで記載)

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月

\_\_\_\_\_ 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。