

# 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。		
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  私は貴校に入学を志願いたします。  記載年月日 西暦 年 月 日		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	
ふりがな			
志願者氏名			西暦 年 月 撮影
生年月日・年齢	西暦 年 月 日生 ( 歳) 性別 ( 男 ・ 女 )		
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 (学校名、大学は学部まで記載)	高等学校 西暦 年 月 入学		
	高等学校 西暦 年 月 卒業 卒業見込		
	西暦 年 月 入学		
	西暦 年 月 卒業 卒業見込		
職歴 (職場名を記載)	西暦 年 月 ~ 年 月		
	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。

※学歴、職歴が書ききれない場合は別紙に記入してください。