

# 入学願書

※受験番号

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 卒業

職歴  
(職場名を記載)

西暦 年 月 ~ 年 月  
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。