

入学願書

【様式1】

入学試験区分	B日程	公募制推薦 社会人 一般B 一般専願
	C日程	公募制推薦 社会人 一般専願

※受験番号

※入学試験区分に○をつけてください

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			
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 (大学は学部・ 学科まで)	西暦 年 月 () 入学		
	西暦 年 月 () 卒業・卒業見込み		
	西暦 年 月 () 卒業・中退・卒業見込み		
	西暦 年 月 () 卒業・中退・卒業見込み		
職歴 (職場名)	西暦 年 月～西暦 年 月 ()		
	西暦 年 月～西暦 年 月 ()		
	西暦 年 月～西暦 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。