

入学願書

【様式1】

- () 指定校制推薦 () 公募制推薦 () 社会人
() 一般A日程 () 一般B日程

※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		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	
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			
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 (大学は学部・ 学科まで)	西暦 年 月 (高等学校) 入学		
	西暦 年 月 (高等学校) 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		
高卒認定	西暦 年 月 認定予定・認定済み		
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。