

【様式 1】

※受験番号

※印欄は記入しないでください。

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				写真貼付欄 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・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	