入　学　願　書

【様式１】

（　　）指定校制推薦　（　　）公募制推薦　（　　）社会人

（　　）一般単願　（　　）一般併願 A　（　　）一般併願 B

※受験番号

◆上記の該当する入学試験区分の(　)内に○をつけてください　※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

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

西暦　　年　　月撮影

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（　　）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