

入 学 願 書

(一 般 入 試)

※受験番号

独立行政法人国立病院機構

高崎総合医療センター附属高崎看護学校長 様

私は貴校に入学したいので必要書類を添えて出願いたします。

記載年月日 20 年 月 日

写真貼り付け欄

(写真の裏に出身校と
氏名を書いて貼付)

縦6cm×横4cm

上半身脱帽

(6ヶ月以内に撮影したもの)

20 年 月撮影

受 験 者	ふりがな			
	氏 名			
	生年月日 (西暦で記載すること) 年 齢	西暦	年	月 日生 (歳)
	現 住 所	〒 - (都・道・府・県)		
	連 絡 先	自宅電話番号	TEL	- -
		携帯電話番号	TEL	- -
	学 歴 高等学校以上の学歴に ついて記載すること (卒業・卒業見込いずれか に○をつけること)	高等学校		西暦
高等学校		西暦	年 月 卒業 卒業見込	
		西暦	年 月 卒業 卒業見込	
		西暦	年 月 卒業 卒業見込	
職 歴 勤務先を記載すること	西暦		年 月～	年 月
	西暦		年 月～	年 月
受 験 者 以 外 の 連 絡 先	氏 名	(続柄)		
	連 絡 先	自宅電話番号または携帯電話番号 TEL - -		
志望理由				
資格				趣味 特技

※欄には記入しないでください。