

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 <small>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)</small>		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 <small>勤務先を記載すること</small>		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。