

入 学 願 書

(指定校推薦入試)

※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 月 日 年 齢	西暦	年	月 日 (歳)	
	現 住 所	〒 ー (都・道・府・県)			
	連 絡 先	自宅電話番号	TEL	ー	ー
		携帯電話番号	TEL	ー	ー
学 歴	高等学校 西暦 年 月 入学 西暦 年 月 卒業見込				
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	ー	ー

志望理由

資格		趣味 特技	
----	--	----------	--

※欄には記入しないでください。