

入学願書

※受験番号

私は貴校に入学を志願いたします。

(ふりがな)

志願者氏名 _____ 性別 (男・女)

生年月日・年齢 昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (_____ 歳)

記載年月日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

独立行政法人国立病院機構

横浜医療センター附属横浜看護学校長 様

写真貼り付け欄
写真は上半身無帽、
正面で出願6か月
以内に撮影したもの
受験票と同じ写真
縦6cm×横4cm

令和 _____ 年 _____ 月 撮影

志願者住所

〒 _____

連絡先

TEL _____ (携帯TEL _____)

上記以外の連絡先 氏名 _____ TEL _____

学 歴

_____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月

高等学校卒業・見込み

(大学等は学

_____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月

卒業・見込み

校名・学部)

_____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月

卒業・見込み

職 歴

_____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月

(職場名)

_____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月

志望理由等

志望理由

特技

趣味

※欄は記入しないでください。