

入学願書

受験番号 ()

独立行政法人地域医療機能推進機構
東京山手メディカルセンター
附属看護専門学校長 殿

平成 年 月 日 提出

貴校を受験したいので関係書類を添えて志願いたします。

6ヶ月以内撮影の
写真貼付

(縦6cmx横4cm)
※写真の裏に氏名を
ご記入ください

ふりがな		性別	生年月日
氏名	印	西暦	年 月 日 () 歳
ふりがな			
現住所	〒		
	電話 ()	携帯電話等 ()	
ふりがな			
連絡先	〒		
	電話 ()	携帯電話等 ()	
保護者氏名 (身元引受人)		本人との 続柄	
ふりがな			
保護者 現住所	〒		
	電話 ()	携帯電話等 ()	
履 歴 事 項	年 (西暦)	月	【学歴は中学校以降、職歴のある場合は職歴、職種もご記入ください】
			中学校卒業
			高等学校入学
			高等学校 (卒業 ・ 卒業見込)

<注>この願書は必ず志願者自身でご記入ください。

※裏面も記入してください。

あなたの好きな学科	(1)	趣味				
	(2)					
	(3)	運動				
その他社会活動など						
志願する理由						
取得している 国家資格	西暦	年	月	日	取得	
	西暦	年	月	日	取得	
	西暦	年	月	日	取得	