

入学願書

写真貼付欄

フリガナ		男・女
氏 名	(戸籍で使用している字で記入すること)	
生年月日	西暦	年 月 日 (歳)

上半身、脱帽、正面向き
出願6ヶ月以内に撮影し
たもので受験票と同じも
のを使い、写真裏面には
氏名、生年月日を記入し
て下さい。縦4cm×横3cm
(サイズ厳守)

記入年月日 年 月 日 年 月 撮影

北海道医療センター附属札幌看護学校長 様

志願者住所 連絡先	〒			
	TEL		(携帯 TEL)	
	メールアドレス			
志願者以外 の連絡先 ・必ず2カ所記入	①氏名		(続柄)	TEL
	②氏名		(続柄)	TEL
学 歴 ・高等学校以降 を記入 ・学校名は正式 名称 ・大学等は学部 も記入	年 月 ～ 年 月		高等学校 卒業・見込み	
	年 月 ～ 年 月		卒業・見込み	
	年 月 ～ 年 月		卒業・見込み	
	年 月 ～ 年 月		卒業・見込み	
	年 月 ～ 年 月		卒業・見込み	
職 歴 (職場名)	年 月 ～ 年 月			
	年 月 ～ 年 月			
	年 月 ～ 年 月			
	年 月 ～ 年 月			
	年 月 ～ 年 月			
特技・資格				

高等学校在学中の 課外活動・サークル活動				
看護師を希望する理由				
本学校を志願する理由				
家族状況 (本人を除く)	氏名	年齢	続柄	同居の有無
				有・無
				有・無
				有・無
				有・無
				有・無
健康の 状況	既往歴			
	現在治療中の病気 (健康上気をつけるよう言われていること)			

該当がない場合は「なし」とご記入ください

国立病院機構附属看護学校への併願申し込み

学生募集要項の「複数校併願制」を参照の上、第2・第3の併願希望校名をご記入ください

第2希望校	独立行政法人国立病院機構
第3希望校	独立行政法人国立病院機構