

入学願書

受験番号	※ 推薦・社会人推薦 地域推薦・一般
------	-----------------------

令和 年 月 日

伊勢地区医師会准看護学校

学 校 長 殿

私は貴学校に入学を志願いたします

ふりがな			印
氏名			
生年月日	昭和・平成 年 月 日生	歳	
ふりがな	〒 _____		
現住所			
電話番号			

専願・併願 (どちらか○で囲む)
写真貼付 (4cm×3cm) 〔 上半身、脱帽、 正面向 出願の6ヶ月以内 に撮影したもの 〕
令和 年 月 撮影

志 望 の 動 機	
-----------------------	--

趣 味 ・ 特 技	
-----------------------	--

資 格 等	取得年月日	資格(免許)等の名称

履 歴 (和 歴 で 記 入)	学 歴		職 歴	
		年 月	中学校 卒業 卒業見込	年 月～
	年 月	卒業 卒業見込	年 月～	年 月
	年 月	卒業 卒業見込	年 月～	年 月
	年 月	卒業 卒業見込	年 月～	年 月
	年 月		年 月～	年 月

病医院で勤務しながら学校へ通学することを <small>(該当するものを○で囲む)</small> 希望する ⇒ 右側 * 欄も記入して下さい 希望しない <勤務はせず学校のみ通学する>	* 勤務しながら通学を希望する人のみ記入 病医院名	<small>(該当するものを○で囲む)</small> に内定している を面接済 を面接予定 まだ決めていない
--	------------------------------	--

注1) ※印欄は記入しないこと