

入 学 願 書

該当する項目を○で囲んでください

受付日	受験番号	※入試(A・B・C・D・E・F・G)日程 指定校推薦入試・一般入試・施設推薦入試 高校推薦入試・自己推薦入試	オープンキャンパス参加 有()月()日 無	写真添付欄 3ヵ月以内に 撮影した無帽・ 上半身のもの 3cm×4cm
貴校に入学を志願いたしましたので、入学検定料を添えて申し込みます。 鳥栖三養基医師会立 令和 年 月 日 看護高等専修学校長殿				
ふりがな		性 別	昭和 年 月 日生 平成 (満 才)	
志 願 者 氏 名	㊦	男 女		
志 願 者 現 住 所	〒 電話()-()-() 携帯電話()-()-()			
結 果 通 知 住 所 連 絡 先	〒 電話()-()-() 携帯電話()-()-()			
保 護 者 記 入 欄 <small>(住所・連絡先・署名)</small>	[※未成年者のみ記入] 電話()-()-() 携帯電話()-()-() 〒 私は本校への受験及び入学に同意します。 続柄() 署 名 ㊦			
履 歴	学 歴	学 校 名	年 月 ~ 年 月	卒業・卒業見込・中退の別
		中 学 校	~	卒業・卒業見込
		高 等 学 校	~	卒業・卒業見込・中退
	職 歴	勤 務 先	年 月 ~ 年 月	在 職 期 間
			~	年 月
本校を志望する理由				

(注) 記入上の注意事項

- ・文字は楷書で分かりやすく書くこと
- ・※印は本学校で記入するので記入しないこと
- ・学歴、職歴欄が不足するときは適宜用紙を継ぎ足して記入すること