

## 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	オープンキャンパス参加	写真添付 3 か月以内に撮影した無帽・上半身のもの 3cm×4cm
※	※	一般入試・施設推薦入試・高校推薦入試 自己推薦入試	有・無 ( 月 日)	
貴校に入学をお願いいたしましたので、入学検定料を添えて申し込めます。  <b>鳥栖三養基医師会立 看護高等専修学校長 殿</b>				令和 年 月 日
ふりがな			性別	昭和 ( 年 月 日生) 平成 ( 満 才)
志 願 者 氏 名	⑩		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 (住所・連絡先・署名)	【※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 ⑩			
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
			～	年 月
		～	年 月	
		～	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