**志願書**

写真貼付欄

1.最近3ヶ月以内に撮影したもの。

2.上半身脱帽、正面、背景なしのもの。

3.縦4㎝×横3㎝のものに裏側に氏名を記入して全面に糊付けすること。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ※  志願番号 |  | | ふりがな | |  | |  |
| 氏　名 | |  | | 写真貼付欄 |
| 生年月日 | 西暦　　　　　年　　　月　　　日生　　　（　　　　歳） | | | | | |  |
| ふりがな |  | | | | | |  |
| 現住所 | 〒  E-mail :　　　　　＠ | | | | | | |
| 電話番号 | 自宅電話（　　　）　　　－　　　　携帯電話（　　　）　　　－ | | | | | | |
| 学　歴  （高校卒業から記入） | (西暦)　　　年 | | | 月 | 高等学校卒業 | | |
| 年 | | | 月 |  | | |
| 年 | | | 月 |  | | |
| 年 | | | 月 |  | | |
| 年 | | | 月 |  | | |
| 職　歴 | 年 | | | 月 |  | | |
| 年 | | | 月 |  | | |
| 年 | | | 月 |  | | |
| 年 | | | 月 |  | | |
| 年 | | | 月 |  | | |
| 年 | | | 月 |  | | |
| 取得資格 | 看護師 | 免許番号 | | | | 取得年月日（西暦）　　　　年　　　月　　　日 | |
| 保健師 | 免許番号 | | | | 取得年月日（西暦）　　　　年　　　月　　　日 | |
| 助産師 | 免許番号 | | | | 取得年月日（西暦）　　　　年　　　月　　　日 | |

＊ **履修希望科目**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 授　業　科　目 | | 単位数 |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 合計 | 科目 | 単位 |

（注） １　黒のボールペンを用いて楷書で記入、数字はすべて算用数字で記入すること。

２　※印欄は記入しないこと。