

入 学 願 書

令和 年 月 日提出

下益城郡医師会立宇城看護高等専修学校

受 験 番 号	推 薦	
	一 般 ()次	

学校長 様

本 人 印

写真貼付
3ヶ月以内
の写真
3×4cm

貴校に入学を希望します

志 願 者	ふりがな 氏 名					
	生年月日	昭和 平成	年	月	日生 (歳)	電 話
	ふりがな 現 住 所	〒	一			
	学 歴	S・H・R	年	月	中学卒業・見込	
		S・H・R	年	月	学校卒業・見込	
		S・H・R	年	月	学校卒業・見込	
		S・H・R	年	月	学校卒業・見込	
	職 歴		S・H・R	年	月	就職
			S・H・R	年	月	退職
			S・H・R	年	月	就職
		S・H・R	年	月	退職	
		S・H・R	年	月	就職	
		S・H・R	年	月	退職	
准看護師を 希望する動機						

〔注記〕 ・文字は自筆により楷書ではっきりと記入する。
・受験番号は未記入にする。