

受験番号※

入学願書

令和 年 月 日

白河市医師会白河准看護学院長 様

本籍

〒

現住所

電話番号 (- -)

ふりがな
氏名

印

生年月日 昭和 年 月 日生 (歳) (男・女)
 平成

私は、貴学院に入学したいので関係書類及び受験料を添えて出願します。

1. 出願前3ヶ月以内に
撮影したもの
2. 正面向上半身
3. 写真をはりつける
4 cm × 6 cm

※欄は記入しないこと。

履 歴 書

受験番号※			
ふりがな 志願者氏名			令和 年 月 日現在
志 願 者 の 履 歴	1. 学 歴		
	年 月 日	中 学 校 卒業・卒業見込	
	年 月 日	高 等 学 校 卒業・卒業見込	
	年 月 日	入 学	
	年 月 日	卒業・卒業見込	
	年 月 日	入 学	
	年 月 日	卒業・卒業見込	
	2. 職 歴		
	在 職	勤 務 先	職 業
	自 年 月 至 年 月		
自 年 月 至 年 月			
自 年 月 至 年 月			
自 年 月 至 年 月			
3. 賞 罰			
趣 味 特 技			
保 護 者	ふりがな 氏 名	志願者との 続 柄	
	〒 住 所		
	電話番号	()	

※欄は記入しないこと。