

受験番号※

# 入学願書

令和 年 月 日

白河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 平成 年 月 日生（ 歳）（男・女）

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

# 履 歴 書

		受験番号※	
<small>ふりがな</small> 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			
3. 賞 罰			
趣 味 特 技			
保 護 者	<small>ふりがな</small> 氏 名	志願者との 続   柄	
	〒 住 所		
	電話番号	(                    )	

※欄は記入しないこと。