気仙沼市医師会附属准看護学校　推薦入学試験志望書

受験番号	第　　号	ふりがな 氏　名		生年月日	（西暦） 年　　月　　日生
出身学校	都・道・府・県　　立　　高等学校　　科				

◎あなたが本校を志望する理由と、将来像を関連させて８００字程度にまとめてください。