

(西暦) 年 月 日

入学願書

(社会人 ・ 一 般)

いずれかを○で囲んでください

気仙沼市医師会附属准看護学校長 様

私事 貴校に入学致し度く、必要書類を添えて出願します。

志願者	ふりがな		性	男	生	(西暦)	年	月	日生	受 験 番 号
	氏 名	ⓐ	別	女	年 月 日			(歳)		第 号
	本 籍	都・道・府・県								写 真 貼 付 (カラー)
現住所	〒	—	都 道 市 町	府 県 郡 村						①縦4cm×横3cm ②上半身脱帽正面向 ③3ヶ月以内に撮影したもの ④裏に氏名を記入する
	自宅:	—	—	携帯:	—	—				
身元保証人	ふりがな								志 願 者 との続柄	
	氏 名									
	緊 急 連絡先	※志願者以外で必ず連絡が取れる先								
	〒	—	都 道 市 町	府 県 郡 村						
	自宅:	—	—	携帯:	—	—				
学 歴	学 校 名				卒 業					
	中 学 校				(西暦)	年	月	卒 業 ・ 卒 業 見 込		
	高 等 学 校				(西暦)	年	月	卒 業 ・ 卒 業 見 込 ・ 中 退 (全 日 ・ 定 時 ・ 通 信)		
					(西暦)	年	月	卒 業 ・ 卒 業 見 込 ・ 中 退 (全 日 ・ 定 時 ・ 通 信)		
					(西暦)	年	月	卒 業 ・ 卒 業 見 込 ・ 中 退 (全 日 ・ 定 時 ・ 通 信)		
				(西暦)	年	月	卒 業 ・ 卒 業 見 込 ・ 中 退 (全 日 ・ 定 時 ・ 通 信)			

注意) 1. ボールペンで記入してください。
2. 性別・都道府県・学歴は該当するものを○で囲んでください。

裏面へ

(裏面)

職 歴	勤 務 先		勤 務 期 間	
			(西暦)	年 月 ~ 年 月
			(西暦)	年 月 ~ 年 月
			(西暦)	年 月 ~ 年 月
			(西暦)	年 月 ~ 年 月
			(西暦)	年 月 ~ 年 月
			(西暦)	年 月 ~ 年 月
			(西暦)	年 月 ~ 年 月
				計 年 ヶ月
賞 罰	年 月	内 容		
	(西暦) 年 月			
	(西暦) 年 月			
	(西暦) 年 月			
志 望 動 機				

注意) 1. ボールペンで記入してください。