

(西暦) 年 月 日

入学願書

(推薦)

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・女	生年月日	(西暦) 年 月 日生 (歳)	受験番号
	氏名	㊦	別				第 号
	本籍	都・道・府・県					写真貼付 (カラー) 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
	現住所	〒 都道市町 府県郡村					
	自宅: ー ー	携帯: ー ー					
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: ー ー	携帯: ー ー					
学歴	学校名	卒業					
	中学校	(西暦) 年 月	卒業				
	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		
(西暦)		年 月		

注意) 1. ボールペンで記入してください。