

入 学 願 書

【推薦入学試験（公募制）用】

試験日	令和8年11月12日（木）		受験番号	※
私は貴校に入学を志願いたします。 （ふりがな） 志願者氏名： 性別（男・女） 生年月日：和暦 年 月 日生 年齢： 歳 記載年月日：令和 年 月 日 独立行政法人国立病院機構 西埼玉中央病院附属看護学校長 様			写真は上半身無帽、正面 出願3か月以内に撮影したもの 受験票と同じ写真 写真貼付 ※写真の裏面に 氏名を記入のこと。 縦4cm×横3cm 令和 年 月撮影	
志願者 住所 連絡先	〒 — —			
	TEL — — （携帯TEL — — ）			
	上記以外の連絡先 氏名 TEL — —			
学 歴	年 月～ 年 月 中学校卒業			
	年 月～ 年 月 高等学校卒業見込み			
看護師を志望した理由				
当校を志望した理由				
特資 技格			趣味	

※学歴欄には学校名をご記入ください。 ※印欄には記入しないでください。