

(様式第1号)

受験番号 \*

入学願書(自筆) 指定校推薦・公募推薦・社会人・一般第Ⅰ期・一般第Ⅱ期  
\*該当する入学試験を○で囲んでください。

私は、貴校の規則に従い、入学を志願します。

ふりがな  
氏名  
(旧姓) ( 歳)  
昭和 年 月 日生  
平成 年 月 日

カラー写真貼付  
上半身脱帽正面  
縦4.5cm×横4cm  
(3か月以内の撮影)  
証明書用で撮影した写真に限る  
スピード写真は認めません

白十字看護専門学校長 殿 撮影 平成 年 月

本籍 都道府県

ふりがな  
現住所 〒 電話(自宅) - -

保護者氏名(身元引受人) 氏名 続柄 電話 ( )  
住所 〒

履 歴	学 歴	昭和・平成 年 月 中学校 卒業
		昭和・平成 年 月 高等学校 入学
		昭和・平成 年 月 高等学校 卒業 ・ 卒業見込
		昭和・平成 年 月
		昭和・平成 年 月
		昭和・平成 年 月
	大学入学資格検定試験合格者が記入のこと	
	昭和・平成 年 月 日 大学入学資格検定試験合格	
	職 歴	昭和・平成 年 月 ~ 昭和・平成 年 月
		昭和・平成 年 月 ~ 昭和・平成 年 月
昭和・平成 年 月 ~ 昭和・平成 年 月		
昭和・平成 年 月 ~ 昭和・平成 年 月		

裏面にも記入すること

資格	資格取得年月日	資格(3級以上のものとする。運転免許は除く。)
	昭和・平成 年 月	
	昭和・平成 年 月	
	昭和・平成 年 月	
	昭和・平成 年 月	
	昭和・平成 年 月	
科目・部活	得意科目	
	不得意科目	
	クラブ所属または趣味等	
自己紹介	長 所	
	短 所	
看護師を目指す理由		
本学を志望した理由		
学校記入欄	(記入しないでください)	