

受験番号	※
面接番号	※

この欄には記入しないでください。

入 学 願 書

令和 年 月 日

市立函館病院高等看護学院長 様

貴学院に入学したいので関係書類を添えて提出します。

志 願 者	ふ り が な		性 別
	氏 名		男 ・ 女
	生 年 月 日	昭和 平成 年 月 日 (歳)	
	ふ り が な		
	現 住 所	〒 (—) 携帯 — — 電話 () —	
	合格通知書の送付先住所 (現住所と同じ場合は記入不要)	〒 (—) 電話 () —	
父 母 等	ふ り が な		
	氏 名		
	現 住 所 (志願者と同じ場合は記入不要)	〒 (—) 携帯 — — 電話 () —	
学 歴	昭和 平成 令和 年 中 学 校 卒 業		
	昭和 平成 令和 年 高 等 学 校 卒業見込 卒 業		
	昭和 平成 令和 年 大(短大)学 卒業見込 卒 業		
職 歴			

写真撮影年月日
年 月 日
写 真 貼 付
・ 3 か月以内に撮影したもの
・ 上半身、脱帽正面像
・ 裏面に氏名を記入
たて 5 cm × よこ 4 cm

注 1 文字は、楷書で丁寧に記入してください。(消すことができるボールペンの使用は禁止します)
2 年齢については、令和6年4月1日現在で記入してください。
3 住所は、略記することなく記入してください。
4 学歴欄は、該当する箇所を○で囲んでください。
5 写真の裏面に氏名を記入してください。

振込控えの写しまたは振込み完了画面 貼付