

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	写真撮影年月日 年 月 日
	氏 名		男 ・ 女	
	生 年 月 日	昭和 平成 年 月 日 (歳)		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
	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			志願者との関係
	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	卒業見込
	昭和 平成 令和 年		大(短大)学 卒 業	卒業見込
職 歴				

- 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8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