

* 受験番号	学校	医療	前期	後期		

入 学 願 書

令和 年 月 日

富山市医師会看護専門学校長 殿

私は、このたび貴学校の個人情報の取扱いについて同意し、准看護学科の入学を希望します  
ので関係書類を添えて出願いたします。

本 人	ふ り が な		国 籍		写真貼付欄  1. 正面 上半身 脱帽 2. 縦6.0cm 横4.0cm 3. 出願6ヵ月以内のもの  (令和 年 月 日撮影)
	氏 名 <small>※戸籍に記載されて いる文字で記入</small>	(印)		都・道 府・県	
	生年月日・性別	昭和・平成 年 月 日生 ( 歳) 男・女 <small>年齢は令和8年4月1日現在</small>			
	現 住 所	〒			
		自宅電話 ( ) -			
		携帯電話 - -			
学 歴	入学後の勤務先 または内定先	(名称)			昭和 平成 年 月 日
		(住所)			令和 (就職日・就職予定日)
	所 在 地	学校名及び学部学科名	在 学 期 間		区 分
	都・道 府・県	中学校	昭和 平成 年 月 ~ 昭和 令和 年 月		卒業・卒業見込
	都・道 府・県	高等学校 科	昭和 平成 年 月 ~ 昭和 令和 年 月		卒業・卒業見込 ( ) 年次中退
	都・道 府・県		昭和 平成 年 月 ~ 昭和 令和 年 月		卒業・卒業見込 ( ) 年次中退
職 歴	都・道 府・県		昭和 平成 年 月 ~ 昭和 令和 年 月		卒業・卒業見込 ( ) 年次中退
	都・道 府・県		昭和 平成 年 月 ~ 昭和 令和 年 月		卒業・卒業見込 ( ) 年次中退
	高等学校卒業程度年定試験 (旧：大学入学資格検定)		昭和 平成 年 月		合格・合格見込
	所 在 地	勤 務 先 (名称)	職 名	勤 務 期 間	在 職 期 間
	都・道 府・県			昭和 平成 年 月 ~ 昭和 令和 年 月	年 ヲ月
	都・道 府・県			昭和 平成 年 月 ~ 昭和 令和 年 月	年 ヲ月
歴	都・道 府・県			昭和 平成 年 月 ~ 昭和 令和 年 月	年 ヲ月
	都・道 府・県			昭和 平成 年 月 ~ 昭和 令和 年 月	年 ヲ月

\* 学歴欄及び職歴欄に記入しきれない場合は別紙添付すること

ふりがな			
氏 名			
本校を希望した理由			
看護職を選んだ理由			
得意学科			
趣味			
長所			
短所			
免許・資格等	昭和・平成・令和	年	月
	昭和・平成・令和	年	月
	昭和・平成・令和	年	月
	昭和・平成・令和	年	月
	昭和・平成・令和	年	月
オープンキャンパスへの参加経験の有無（有・無）			
罰金刑の以上の刑（4ページ参照）の有無（有・無）			
有の場合は、刑及び刑の確定年月日			