

* 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。

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
氏名 ※戸籍に記載されている文字で記入	(印)			本籍	都・道 府・県			
生年月日・性別	昭和・平成 年 月 日	生(歳)	男・女	年齢は令和8年4月1日現在				
現住所	〒							
	自宅電話 () -							
	携帯電話 - -							
入学後の勤務先 または内定先	(名称)			(令和 年 月 日撮影)				
	(住所)			昭和 年 月 日 平成 年 月 日 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 令和	年 月～	昭和 平成 令和	年 月	卒業・卒業見込
都・道 府・県	高等学校 科	昭和 平成 令和	年 月～	昭和 平成 令和	年 月	卒業・卒業見込 () 年次中退
都・道 府・県		昭和 平成 令和	年 月～	昭和 平成 令和	年 月	卒業・卒業見込 () 年次中退
都・道 府・県		昭和 平成 令和	年 月～	昭和 平成 令和	年 月	卒業・卒業見込 () 年次中退
都・道 府・県		昭和 平成 令和	年 月～	昭和 平成 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 令和	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 令和	年 月～	昭和 平成 令和	年 月	年 カ月
都・道 府・県			昭和 平成 令和	年 月～	昭和 平成 令和	年 月	年 カ月
都・道 府・県			昭和 平成 令和	年 月～	昭和 平成 令和	年 月	年 カ月
都・道 府・県			昭和 平成 令和	年 月～	昭和 平成 令和	年 月	年 カ月

* 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		
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			