

* 受験番号	推薦	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、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 - -				
	入学後の勤務先 または内定先	(名称)				
		(住所)				
学歴	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	准看護師養成所名	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	
職歴	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
准看護師免許証		取得年月日 昭和・平成・令和 年 月 日 (都・道・府・県) 免許番号 第 ()	免許取得後の実務経験年数 (年 カ月) ※令和8年4月入学時までの見込			

* 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		