

*	推薦	前期	後期		
	受験番号				

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				写真貼付欄 1. 正面 上半身 脱帽 2. 縦6.0cm 横4.0cm 3. 出願6ヶ月以内のもの		
	氏名 ※戸籍に記載されている文字で記入					国籍	
						(印)	
	生年月日・性別	昭和・平成 年 月 日生 (年齢) 男・女 年齢は令和8年4月1日現在	本籍	都・道府・県			
	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 年 月 日 (就職日・就職予定日)			
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 年 月 ~ 年 月	昭和 年 月 ~ 年 月	卒業・卒業見込		
	都・道府・県	高等学校 科	昭和 年 月 ~ 年 月	昭和 年 月 ~ 年 月	卒業・卒業見込 () 年次中退		
	都・道府・県		昭和 年 月 ~ 年 月	昭和 年 月 ~ 年 月	卒業・卒業見込 () 年次中退		
	都・道府・県		昭和 年 月 ~ 年 月	昭和 年 月 ~ 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 年 月 ~ 年 月	昭和 年 月 ~ 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 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 年 月 ~ 年 月	昭和 年 月 ~ 年 月	年 カ月	
	都・道府・県			昭和 年 月 ~ 年 月	昭和 年 月 ~ 年 月	年 カ月	
	都・道府・県			昭和 年 月 ~ 年 月	昭和 年 月 ~ 年 月	年 カ月	
	都・道府・県			昭和 年 月 ~ 年 月	昭和 年 月 ~ 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
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			