

# 入学願書

令和 年 月 日

## 学校法人 八文字学園 水戸看護専門学校

学校長 殿

私は、貴校への入学を希望しますので関係書類を添付の上、お願いいたします。

出願区分	<input type="checkbox"/> 施設推薦	<input type="checkbox"/> 一般
------	-------------------------------	-----------------------------

証明写真貼付  
(カラー撮影)

- 縦 4 cm × 横 3 cm
- 本人単身胸から上  
(無帽)
- 裏面に氏名を記入

フリガナ			
氏名	( 男 ・ 女 )		
生年月日	年	月	日
年齢	歳		
<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成			

現住所	〒	—	(自宅電話)	(携帯電話)
-----	---	---	--------	--------

勤務先	所属	電話
-----	----	----

現住所以外の 連絡先 (緊急用)	氏名	
	電話	
	関係	

准看護師資格	准看護師養成所名	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 卒業
	准看護師免許取得	取得年月 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 都道府県 登録番号

一般教育学歴 准看護師養成所は 含みません	最終学歴 卒業した方に 限ります	<input type="checkbox"/> 中学校 <input type="checkbox"/> 専門学校 <input type="checkbox"/> 大学 <input type="checkbox"/> 高等学校 <input type="checkbox"/> 短期大学	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 卒業
	放送大学受講 について	<input type="checkbox"/> 受講経験なし <input type="checkbox"/> 受講中 <input type="checkbox"/> 過去に受講経験あり ※受講歴のある方は右記該当に印をしてください → <input type="checkbox"/> 全科履修生 <input type="checkbox"/> 選科履修生 <input type="checkbox"/> 科目履修生 <input type="checkbox"/> 集中科目履修生	

志望動機
------