

入 学 願 書

受験番号	
------	--

令和 年 月 日

青森市医師会立青森准看護学院長 殿

ふりがな			性 別			写真 (たて4cm・よこ3cm) 半身・正面脱帽 過去3カ月以内 に撮影したもの
氏 名						
生年月日	昭和・平成	年	月	日生 (歳)	
※年齢は受験日当日の満年齢を記入のこと						
本 籍			都・道 府・県	(都道府県のみ記入する)		
現住所	〒		電話番号 (自宅) (緊急連絡先)			
学 歴	中 学 校	(学校名)	S・H・R	年	月	卒業 (見込)
	高 等 学 校		S・H・R	年	月	入学
			S・H・R	年	月	卒業 (見込)
	大 学 ・ 短 大		S・H・R	年	月	入学
S・H・R			年	月	卒業 (見込)	
専 門 学 校 他		S・H・R	年	月	入学	
		S・H・R	年	月	卒業 (見込)	
職 歴	(勤務先名)		S・H・R	年	月	就職
			S・H・R	年	月	退職
			S・H・R	年	月	就職
			S・H・R	年	月	退職
			S・H・R	年	月	就職
			S・H・R	年	月	退職
			S・H・R	年	月	就職
			S・H・R	年	月	退職

※受験日当日に18歳未満の人は記入してください。この欄の記入は必ず保護者がしてください。

保 護 者	氏 名			本人との続柄	
	現住所	〒			
		電話番号			

志望する理由	
長所	
短所	
趣味・特技	
資格・免許	