

2027年度

受験番号 ※当校記入欄			
学校推薦型選抜 (公募制)	社会人	一般	
		1次	2次

写真

(縦6.0cm×横4.0cm)

# 入学願書

西暦 年 月 日

地方独立行政法人総合病院国保旭中央病院  
旭中央病院附属看護専門学校長 様

私事 貴校に入学いたしたく、必要書類を添えて出願します。

ふりがな		男 ・ 女	生 年 月 日	西暦	
氏名				年 月 日生( 才)	
現住所	〒 - (電話) (携帯)				
本籍地 (都道府県名)					
履 歴	学	年 月 日	中学校卒業		
		年 月 日	高等学校入学		
	歴	年 月 日	高等学校 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 卒業		
		年 月 日			
		年 月 日			
歴	職 歴	年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
本人以外の連絡先(保証人)					
氏名		ふりがな		(続柄)	
				<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他[ ]	
住所		〒 -		(電話)	

※ 該当する□に☑すること ※ 裏面に振込受付証明書を貼付すること  
※ 職歴及び学歴が記載欄に記入できない場合は、別紙に記入のこと