

2025 年度 安房医療福祉専門学校 看護学科 入学願書

指定校制推薦	<input type="checkbox"/>	
公募制推薦	(<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D)	
社会人推薦	(<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D)	
一般選考	(<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E)	出願する選考に☑をつけてください。

(太枠内を黒インキで記入してください。)

ふりがな		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	受験番号	
氏名			受付年月日	年 月 日
生年月日	西暦 年 月 日生 (満 歳)		写真貼付 (縦 6.0 cm 横 4.5 cm) 裏面に氏名・生年月日を 記入して貼付してください。	
ふりがな	現住所 (〒 -)			
ご本人連絡先	※(受験票の送信先となりますので、お間違いのないようお願いします) ※メールアドレス: 携帯番号: ()			
	西暦 年 月 日撮影			
学歴 <small>高校からの 卒業・卒業見込等記入</small>	在学期間	学校名		所在地県名
	西暦 年 月～ 年 月			
	年 月～ 年 月			
	年 月～ 年 月			
職歴 <small>(新卒者は不要)</small>	就業期間	就業年数	事業所名	所在地県名
	西暦 年 月～ 年 月	年 ヶ月		
	年 月～ 年 月	年 ヶ月		
	年 月～ 年 月	年 ヶ月		
年 月～ 年 月	年 ヶ月			

出願同意欄 ※原則として、保護者または親族が自筆

ふりがな		続柄
氏名		
住所	〒 -	

※ 同一年度内に受験している場合は、前回受験済みの区分に☑をつけてください。

公募制推薦 (A B C D)

社会人推薦 (A B C D) 一般選考 (B C D)

