

入 学 願 書

		※受験番号	
本 人	ふりがな		
	氏名		
	生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (歳)	
	住所	〒□□□-□□□□ 電話 () - () - () 携帯 () - () - ()	
	高 等 学 校 卒 業 後 の 履 歴	学 歴	
		昭 和 平 成 令 和	年 月 卒業 高等学校 卒業見込
		昭 和 平 成 令 和	年 月
		昭 和 平 成 令 和	年 月
		昭 和 平 成 令 和	年 月
		職 歴	
昭 和 平 成 令 和		年 月	
昭 和 平 成 令 和		年 月	
昭 和 平 成 令 和	年 月		
保 護 者	ふりがな	続柄	
	氏名		
	住所 (現住所)	〒□□□-□□□□	
合格連絡先		〒□□□-□□□□	

男 ・ 女

写真貼付欄

1. 最近3ヶ月以内に撮影
2. 上半身、無帽、正面
3. 縦5cm×横4cm
4. 写真の裏に
氏名・生年月日記入

学 歴

卒 業

高等学校

卒業見込

職 歴

続柄

氏名		※受験番号
志望の動機	看護に対する考え方	
本校志望の動機		
趣味・特技		
卒業後の志望		

資格	資格・免許	取得年月日

令和 年 月 日

医療機関推薦書

帯広市医師会看護専門学校長 様

医療機関名

医療機関の長

印

次の者は、貴校に入学するに相応しい能力と意欲を持つ者と認めますので、入学を許可されるよう推薦いたします。

ふりがな		性 別	男 ・ 女
氏 名		生年月日	昭和・平成 年 月 日
推薦理由			
勤務状況			
健康状態			
卒業後の 進路予定			

契
印

令 和 5 年 度

帯広市医師会看護専門学校入学選抜

受 験 票

受 験 番 号	※
ふりがな	
氏 名	
選 抜 区 分	医 療 機 関 推 薦 型 選 抜

※印欄は記入しないでください。

写真貼付欄

1. 最近3ヶ月以内に撮影
2. 上半身、無帽、正面
3. 縦5cm×横4cm
4. 写真の裏に
氏名・生年月日記入

試験会場

帯広市東3条南11丁目2番地

帯広市医師会看護高等専修学校

連絡先

一般社団法人帯広市医師会
看護師養成所3年課程設立準備室
代表電話 0155(24)2802

令和5年度帯広市医師会看護専門学校(申請中)入学選抜の出願について

出願手続きに係る提出書類は、提出期限までに次の場所へ必着するよう、郵送又は持参により提出してください。

一般社団法人帯広市医師会

看護師養成所3年課程設立準備室

郵便番号 080-0803

帯広市東3条南11丁目2番地

募集要項に定める提出書類については、次の点についてご注意ください。

- (1) 写真は2枚提出とし、1枚は入学願書に、他の1枚は受験票に貼付すること。
- (2) 入学検定料(20,000円)は普通為替証書により入学願書等と同封して提出すること。

- (3) 持参により提出する場合は、次に時間に受付を行うこと。

＜月曜日から金曜日まで＞午前9時30分から午後4時30分まで

＜土曜日＞午前9時30分から午前11時30分まで

※日曜日及び国民の祝日は、受付を行いません。

- (4) 郵送により提出する場合は、簡易書留とすること。

なお、郵送の受付は、(3)に示す持参受付時間と同一とすること。