

令和8年度

独立行政法人国立病院機構
都城医療センター附属看護学校

入学願書
(一般・社会人・推薦)
いずれかを○印で囲んでください

(様式1)

受付年月日

※

受験番号

※

ふりがな 氏名			男 女	受験料振り込み日	
				月日	
生年月日	西暦 年 月 日生(才)			写真 縦5cm×横4cm 上半身・正面・脱帽 出願前3ヶ月以内に撮影したもの ※写真の裏面に氏名を記入し貼付してください 西暦 年 月 日撮影	
ふりがな 現住所					
	〒 都道府県				
	電話(自宅・携帯:本人・保護者) いずれかを○で囲んでください				
学歴	高等学校名	西暦 年 月		卒業 卒業見込	
	大学名及び短期大学名	西暦 年 月		卒業 中退 卒業見込	
	専門学校名	西暦 年 月		卒業 中退 卒業見込	
	その他	西暦 年 月		卒業 中退 卒業見込	
職歴	自西暦 年 月 日		至西暦 年 月 日		
	自西暦 年 月 日		至西暦 年 月 日		
志望の動機					