

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

(様式1)

# 入学願書

		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3ヵ月以内に撮影したもの ※写真の裏面に氏名を記入し 貼付して下さい  西暦 年 月 日撮影
ふりがな 現住所	〒 ー 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 ー ー		
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		
志望動機			