

受験番号	※
面接番号	※

この欄には記入しないでください。

## 入 学 願 書

令和 年 月 日

市立函館病院高等看護学院長 様

貴学院に入学したいので関係書類を添えて提出します。

志願者	ふりがな		性別	写真撮影年月日 年 月 日
	氏名		男・女	
	生年月日	昭和 平成 年 月 日 ( 歳)		写真貼付 ・ 3か月以内に撮影したもの ・ 上半身、脱帽正面像 ・ 裏面に氏名を記入  たて5 cm×よこ4 cm
	ふりがな	〒 ( — )		
	現住所	携帯 — — 電話 ( ) —		
合格通知書の送付先住所 (現住所と同じ場合は記入不要)	〒 ( — )		電話 ( ) —	
父母等	ふりがな			志願者との関係
	氏名			
	現住所 (志願者と同じ場合は記入不要)	〒 ( — )		携帯 — — 電話 ( ) —
学歴	昭和 平成 令和 年		中学校卒業	
	昭和 平成 令和 年		高等学校卒業見込	
	昭和 平成 令和 年		大(短大)学卒業見込	
職歴			卒業	

- 注 1 文字は、楷書で丁寧に記入してください。(消すことができるボールペンの使用は禁止します)  
 2 年齢については、令和7年4月1日現在で記入してください。  
 3 住所は、略記することなく記入してください。  
 4 学歴欄は、該当する箇所を○で囲んでください。  
 5 写真の裏面に氏名を記入してください。

振込控への写しまたは振込み完了画面 貼付