

令和5年度 推薦入学試験 入学願書

独立行政法人国立病院機構新潟病院附属看護学校

		受付年月日	
		受験番号	
ふりがな			
氏名			
生年月日	西暦	年 月 日生 ()歳 (男・女)	写真貼付 上半身・脱帽・正面 出願3ヶ月以内に撮影したもの 縦5cm×横4cm 年 月 日撮影
連絡先	〒 -		
	実家・アパート・その他()		
	TEL	- - (携帯TEL - -)	
上記以外の連絡先 氏名		TEL	- -
学歴 (大学等は 学校名・学部)	西暦	年 月入学	高等学校 中等教育学校 科(年制)
	西暦	年 月卒業・見込み	(年制)
	西暦	年 月入学	(年制)
職歴	自 西暦	年 月 勤務先	所属部署
	至	年 月	
	自 西暦	年 月 勤務先	所属部署
	至	年 月	
志望理由等	志望理由		
	資格・特技		趣味

推薦書 <推薦>

独立行政法人国立病院機構
新潟病院附属看護学校長 殿

所在地 〒

学校名

学校長名

印

下記の者は、貴校の推薦入学志願者として適格と認め、責任をもって推薦します。

ふりがな 氏名		男・女
		西暦 年 月 日生
住所	〒 -	
	TEL - -	
推薦理由		

自己推薦書

独立行政法人国立病院機構
新潟病院附属看護学校長 殿

氏名

印

私は、貴校の推薦入学志願者として適格であり、下記のとおり自己推薦します。

ふりがな 氏名		男・女
		西暦 年 月 日生
住所	〒 -	TEL - -
自己推薦理由		