令和7年度 AO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		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 ※ 裏面に氏名を明記 年　月　日撮影
氏　名		
生年月日	西暦　　年　　月　　日生（　　）歳　（ 男 ・ 女 ）	
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	西暦　　年　　月入学 年　　月卒業・見込み	高等学校 中等教育学校　　科（　年制） 大学（　　専攻） 専門学校　（　　年課程）
志望理由等	志望理由	
	資格・特技など、自己PR(貴方のアピールポイントなど)	