

受験番号

( 推薦 ・ 一般 )

# 入 学 願 書

いずれかを○で囲んで下さい

公益社団法人会津若松医師会附属  
会津准看護高等専修学校長 殿

令和 年 月 日 提出

ふりがな

氏 名

性 別

Ⓜ

男 女

写 真

4×3cm

- ・3か月以内
- ・カラー可

生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日生 ( 歳 )  
(西暦) 年

撮影:令和 年 月 日

ふりがな

現住所

〒 -

電話 ( )

携帯 ( )

合格通知  
連絡住所

〒 -

電話 ( )

携帯 ( )

志望理由

(裏面につづく)

会津准看護高等専修学校

