

入学願書

受験 番号	※
----------	---

独立行政法人国立病院機構
舞鶴医療センター附属看護学校長 殿

ふりがな _____

氏名 _____ 男 女
印

平成 年 月 日生 () 才

現住所 〒 _____

電話番号 _____

携帯番号 _____

写真貼付
6 cm × 4.5 cm
最近3ヶ月以内に
撮影したもの

平成 年 月 日撮影

学 歴

年 月

高等学校卒業・卒業見込

年 月

中退・卒業・卒業見込

職 歴

年 月～ 年 月

年 月～ 年 月

志 願 理 由

※は記入しないこと