一般型選抜　二次募集　様式１

入　学　願　書（二次募集）

※受験番号は記入不要です。

受験番号	

独立行政法人国立病院機構山形病院附属看護学校

記入年月日	令和　　年　　月　　日		写真貼付 1. 出願３ヶ月以内に撮影したもの 2. 正面・上半身・脱帽のもの 3. 縦６ｃｍ×横４ｃｍ
ふりがな		性別	
氏　名		男・女 （○をつける）	
生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日　生（満　　歳）		
受験者 住所 連絡先	〒		
	TEL:　　携帯 TEL：		
受験者以外の連絡先 ※必ず２カ所記入	①氏名　　（続柄：　　）携帯 TEL：		
	②氏名　　（続柄：　　）携帯 TEL：		
学歴 （学校名） ※和暦で記入	年　　月～　　年　　月　　卒業		
	年　　月～　　年　　月　　卒業		
職歴 （職場名） ※和暦で記入	年　　月～　　年　　月　　卒業		
	年　　月～　　年　　月　　卒業		
志望理由			