

記載要領

様式第1号

受験番号

入学願書

浜松医師会看護高等専修学校長 様

志願者氏名 **浜松 浜美**

保護者氏名 **浜松 松彦**



志願者が成人の場合も記入する。
志願者が成人の場合は保証人とする。

私は貴校に入学を志願いたします。
ここに保護者と連署してお願いいたします。



撮影 23年9月18日

志願者	ふりがな氏名	はま まつ はま み 浜松 浜美		
	生年月日	昭・平	59年1月6日生(満27歳)	性別 男・ <input checked="" type="radio"/> 女
	現住所	〒430-0935 浜松市中区伝馬町311-2 電話 (053) 452 - 6917		
	入学後の予定住所	〒 同上 入学後に通学される住所を記載。所属先がある場合は、その所属先。現住所が未定の場合は、[浜松市中区の予定]等記載 電話 () -		
保護者	ふりがな氏名	はま まつ まつ ひこ 浜松 松彦	志願者との続柄	夫
	生年月日	明・大・ <input checked="" type="radio"/> 昭・平	58年12月23日生(満28歳)	性別 <input checked="" type="radio"/> 男・女
	現住所	〒430-0935 浜松市中区伝馬町311-2 電話 (053) 452 - 6917		
学歴	学校・学科名	入学年月日	卒業等年月日	
	浜松市立 中学校	昭・ <input checked="" type="radio"/> 平 8年4月	昭・ <input checked="" type="radio"/> 平 11年3月	<input checked="" type="radio"/> 卒業・卒業見込
	静岡県立 高等学校	昭・ <input checked="" type="radio"/> 平 11年3月	昭・ <input checked="" type="radio"/> 平 14年3月	<input checked="" type="radio"/> 卒業 <input checked="" type="radio"/> 中退・卒業見込
		昭・平 年 月	昭・平 年 月	<input checked="" type="radio"/> 卒業 <input checked="" type="radio"/> 中退・卒業見込
	1年以上勤務したものを記載願います	昭・平 年 月	昭・平 年 月	<input checked="" type="radio"/> 卒業 <input checked="" type="radio"/> 中退・卒業見込
職歴	勤務先	在職期間		
	製造(株)	昭・ <input checked="" type="radio"/> 平 14年4月	~	昭・ <input checked="" type="radio"/> 平 20年6月
	(有) × 商店(パート)	昭・ <input checked="" type="radio"/> 平 22年7月	~	昭・ <input checked="" type="radio"/> 平 23年1月
	クリニック	昭・ <input checked="" type="radio"/> 平 23年11月	~	昭・平 年 月
		昭・平 年 月	~	昭・平 年 月
	現勤務先や今後予定のある場合は記載願います	昭・平 年 月	~	昭・平 年 月
入学後の勤務先等 <input checked="" type="radio"/> 有・無		(所属先) クリニック		

1年未満のもも直歴記載し

勤務先が1年未満のもも省略可