

入学願書

年 月 日

群馬県立県民健康科学大学学長 様

群馬県立県民健康科学大学看護学教員養成課程に入学したいので、関係書類を添えて申し込みます。

| | | | | |
|-------------|---|-----------------|-----------|--|
| ふりがな 氏名 | | | 性別 男・女 | 写真貼付欄 (縦3cm×横3cm) 1. 最近3カ月以内に撮影したもの 2. 上半身脱帽正面向き (背景なし) 年 月撮影 |
| 生年月日 | 昭和・平成 年 月 日生 歳 (令和5年3月31日現在) | | | |
| 現住所 | 〒() TEL () e-mail アドレス () ※受験票を送付するため、確実に送付できるアドレスを明確に記載してください。 | | | |
| 出願時の 勤務先 | ふりがな 名称 | | | |
| | 所在地 | 〒() TEL () | | |
| | 職種 | 看護師 ・ 保健師 ・ 助産師 | 職位 | |

志望理由・学びたいこと

※印欄には何も記入しないでください。

(様式2)

| | | | | | | | |
|-------------|---|--------|-------|------|---------|---|---|
| 学 歴 | 学校名（高等学校以上で専門学歴も記入） | 卒業年月日 | | 就業期間 | | | |
| | | 昭・平・令 | 年 | 月 | | | |
| | | 昭・平・令 | 年 | 月 | | | |
| | | 昭・平・令 | 年 | 月 | | | |
| | | 昭・平・令 | 年 | 月 | | | |
| | | 昭・平・令 | 年 | 月 | | | |
| 研 修 歴 | 名 称（1カ月以上のもの） | 主 催 | 研修期間 | | | | |
| | | | 昭・平・令 | 年 | 月～昭・平・令 | 年 | 月 |
| | | | 昭・平・令 | 年 | 月～昭・平・令 | 年 | 月 |
| | | | 昭・平・令 | 年 | 月～昭・平・令 | 年 | 月 |
| 職 歴 | 期 間 | 勤務先名称 | 所属部署名 | 担当業務 | 職 位 | | |
| | 臨床・その他 | | | | | | |
| | 昭・平・令 年 月～昭・平・令 年 月 常 勤 年 ヶ月 非常勤（週 時間程度） 年 ヶ月 | | | | | | |
| | 昭・平・令 年 月～昭・平・令 年 月 常 勤 年 ヶ月 非常勤（週 時間程度） 年 ヶ月 | | | | | | |
| | 昭・平・令 年 月～昭・平・令 年 月 常 勤 年 ヶ月 非常勤（週 時間程度） 年 ヶ月 | | | | | | |
| | 昭・平・令 年 月～昭・平・令 年 月 常 勤 年 ヶ月 非常勤（週 時間程度） 年 ヶ月 | | | | | | |
| | 昭・平・令 年 月～昭・平・令 年 月 常 勤 年 ヶ月 非常勤（週 時間程度） 年 ヶ月 | | | | | | |
| | 昭・平・令 年 月～昭・平・令 年 月 常 勤 年 ヶ月 非常勤（週 時間程度） 年 ヶ月 | | | | | | |
| | 臨床・その他 実務経験 年 ヶ月 | | | | | | |
| | 教 員 | | | | | | |
| | 昭・平・令 年 月～昭・平・令 年 月 常 勤 年 ヶ月 非常勤（週 時間程度） 年 ヶ月 | | | | | | |
| | 教員実務経験 年 ヶ月 | | | | | | |
| | 保 健 ・ 医 療 ・ 福 祉 関 連 の 資 格 ・ 免 許 等 | 資格・免許等 | 取得年月日 | | 登録番号 | | |
| | | 昭・平・令 | 年 | 月 | | | |
| | | 昭・平・令 | 年 | 月 | | | |
| | | 昭・平・令 | 年 | 月 | | | |
| | | 昭・平・令 | 年 | 月 | | | |