

受 験 番 号 ※	入 学 試 験 種 類	<input type="checkbox"/> 推 薦 <input type="checkbox"/> 社 会 人 <input type="checkbox"/> 一 般	
<h1 style="margin: 0;">入 学 願 書</h1>			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center; margin: 0;">写真貼り付け欄</p> <p style="font-size: 8px; margin: 0;">上半身、脱帽、正面 向きの写真を枠内に 貼り付けること。 受験票・写真票と同 じものを使うこと。 (3か月以内に撮影 したもの)</p> <p style="text-align: center; margin: 0;">縦 4 cm 横 3 cm</p> </div>	<div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;">           年    月    日         </div> <p style="text-align: center; margin: 0;">川口市立看護専門学校（看護専門課程）</p> <p style="text-align: center; margin: 0;">看護学科</p> <p style="text-align: center; margin: 0;">（あて先）川口市立看護専門学校長</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"> <p style="font-size: 8px; margin: 0;">ふりがな 氏 名</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p style="font-size: 8px; margin: 0;">男 女</p> </div> </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> <p style="font-size: 8px; margin: 0;">年    月    日生 (満            歳)</p> </div>		
<p style="margin: 0;">私は、貴学校に入学を希望いたします。</p>			
<p style="text-align: center; margin: 0;">〒</p> <p style="margin: 0;">現 住 所</p>		<p style="margin: 0;">TEL 自宅：</p> <p style="margin: 0;">携帯：</p>	
<p style="text-align: center; margin: 0;">〒</p> <p style="margin: 0;">連 絡 先</p>		<p style="text-align: center; margin: 0;">TEL</p> <p style="margin: 0;">（現住所以外に連絡を希望する場合に記入してください。）</p>	
学  歴	学 校 名	入学・卒業年月 年    月 入学 年    月 卒業・見込・中退	修業年限
		年    月 入学 年    月 卒業・見込・中退	
		年    月 入学 年    月 卒業・見込・中退	
職  歴	期 間	勤 務 先 及 び 所 在 地	
	年 年    月 から 年 年    月 まで            年    月		
	年 年    月 から 年 年    月 まで            年    月		
賞 罰		免 許	

(注) 学歴は、最終学歴が専門学校の者は、高校を含めて記載してください。  
 ※印欄は記入しないこと。

