

受 付 ※事務局記入欄	第	号	受付年月日
----------------	---	---	-------

<h1 style="font-size: 2em;">入 学 願 書</h1> <p style="font-size: 1.2em;">令和    年    月    日</p> <p>栃木県立衛生福祉大学校長 様</p> <p style="text-align: center;">(ふりがな) _____</p> <p style="text-align: center;">氏 名 _____</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 昭 和   <input type="checkbox"/> 平 成    年    月    日 生 (    歳 )</p> <p>貴大学校に入学したいので、関係書類を添えて提出いたします。</p>	<p style="text-align: center;">写真を貼る欄</p> <p style="text-align: center;">縦 40 mm 横 30 mm</p>
--	--

受験希望 学 科 名 (□をチェックする)	<input type="checkbox"/> 保 健 学 科 <input type="checkbox"/> 看 護 学 科 本 科 <input type="checkbox"/> 看 護 学 科 専 科 <input type="checkbox"/> 歯 科 衛 生 学 科 <input type="checkbox"/> 歯 科 技 工 学 科 <input type="checkbox"/> 臨 床 検 査 学 科
-----------------------------	--

住 所	〒 _____ _____
	TEL    -    -

連絡先 (本人以外)	住所    〒 _____	TEL    -    -
	(ふりがな) _____	本人との関係 <input type="checkbox"/> 父 母 <input type="checkbox"/> 配 偶 者 <input type="checkbox"/> 兄 弟 姉 妹 <input type="checkbox"/> そ の 他 (    )
氏 名		

最終学歴	区 分	学 校 名	学 科 ・ 課 程	卒 業 (見込) 年 月 日
※高等学校には 高卒認定を含む	<input type="checkbox"/> 中 学 校			<input type="checkbox"/> 昭 和
	<input type="checkbox"/> 高 等 学 校			<input type="checkbox"/> 平 成    年    月    日
	<input type="checkbox"/> 大 学 ・ 短 大		<input type="checkbox"/> 全 日 制 <input type="checkbox"/> 定 時 制	<input type="checkbox"/> 令 和
	<input type="checkbox"/> 大 学 院		<input type="checkbox"/> 通 信 制	(西暦                          年) 見込

**保健学科又は看護学科専科に入学を希望する者のみ記入すること。**

看 護 師 又 は 准 看 護 師 免 許 取 得 に 係 る 学 校 又 は 養 成 所	学 校 名	卒 業 (見込) 年 月 日	免 許 取 得 年 月 日
		<input type="checkbox"/> 昭 和    年    月    日 <input type="checkbox"/> 平 成                          年                          日 <input type="checkbox"/> 令 和 (西暦                          年) 見込	<input type="checkbox"/> 卒 業 <input type="checkbox"/> 看 護 師 <input type="checkbox"/> 准 看 護 師 <input type="checkbox"/> 昭 和                          年    月    日 <input type="checkbox"/> 平 成                          年    月    日 <input type="checkbox"/> 令 和

- 注) 1 必ず志願者本人が自筆で記入すること。  
 2 該当事項を記入、又は□にチェック(✓)をつけること。                          ① \_\_\_\_\_ 科  
 3 電話番号は必ず連絡が取れる番号を記入すること。  
 4 他学科にも出願している者は、右にその学科名を記入すること。                          ② \_\_\_\_\_ 科

<p><b>栃木県収入証紙を貼る欄(合計で4,400円になるように貼り、消印しないこと)</b></p>          <p style="font-size: 0.8em;">枠内に収まらない場合は、枠をはみ出しても良いが記入した情報が消えないようにすること。</p>
---

キ  
リ  
ト  
リ

# 履 歴 書

※ S・H・R を選んで□にチェック(✓)を入れること。(S:昭和、H:平成、R:令和)

年 月 日	学 歴
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R      年      月      日	中学校卒業
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R      年      月      日	高等学校入学
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R      年      月      日	高等学校卒業(見込)
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R      年      月      日	
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R      年      月      日	
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R      年      月      日	
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R      年      月      日	
	職 歴
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R      年      月      日	
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R      年      月      日	
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R      年      月      日	
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R      年      月      日	
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R      年      月      日	
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R      年      月      日	
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R      年      月      日	
	賞罰、その他(免許等)
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R      年      月      日	
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R      年      月      日	
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R      年      月      日	

上記のとおり相違ありません。

令和    年    月    日

氏 名