

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

入 学 願 書	令和 年 月 日	写真を貼る欄  縦 40 mm 横 30 mm
栃木県立衛生福祉大学校長 様		
(ふりがな) _____	氏 名 _____	□男 □女
□昭和 □平成 年 月 日生 ( 歳 )		
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。		

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)	〒 _____	TEL - -	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( )
---------------	---------	---------	---

最終学歴	区 分	学 校 名	学 科 ・ 課 程	卒 業 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 中学校 <input type="checkbox"/> 高等学校 <input type="checkbox"/> 大学 <input type="checkbox"/> 大学院		<input type="checkbox"/> 全日制 <input type="checkbox"/> 定時制 <input type="checkbox"/> 通信制	<input type="checkbox"/> 昭和 _____年 月 日 <input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 平成 _____年 月 日 <input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 令和 _____年 <input type="checkbox"/> 卒業 (西暦)
				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 年 月 日	免許取得年月日
		<input type="checkbox"/> 昭和 _____年 月 日 <input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 平成 _____年 月 日 <input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 令和 _____年 <input type="checkbox"/> 卒業 (西暦)	<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 _____年

- 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

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)          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。
--

# 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