

(第1号様式)

※学校使用欄

2025年度

専門学校高崎福祉医療カレッジ 入学願書

受付日	受験番号

年 月 日出願

志望学科	看護師科 (2年課程通信制)	入試区分	<input type="checkbox"/> 病院・施設推薦入試 <input type="checkbox"/> 一般入試	見込出願	<input type="checkbox"/>
------	-------------------	------	---	------	--------------------------

写真貼付
(縦4cm×横3cm)

1. 写真がはがれないようにする
2. 写真裏面に氏名を記入する

フリガナ			性別	生 年 月 日	
氏名			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	(西暦) 年 月 日 (満 歳)	
現住所	〒 ー				
自宅電話	() ー	携帯電話	ー ー		
勤務先	名称	〒 ー			
	所在地	電話番号			
学歴	(西暦)	年 月	中学校卒業		
	(西暦)	年 月	高等学校卒業		
	(西暦)	年 月	卒業・卒業見込・退学		
	(西暦)	年 月	卒業・卒業見込・退学		
	(西暦)	年 月	卒業・卒業見込・退学		
高卒認定試験 (該当者のみ)	(西暦)	年 月	合格・合格見込		
放送大学の現在の在籍状況	<input type="checkbox"/> 学習を始めている (入学年月日: 年 月 日)		下記の科目について、科目登録申請済み・科目履修中・単位修得のものは○を付けてください。		
	<input type="checkbox"/> 申し込み済み		〔 成人看護学 ・ 老年看護学 ・ 小児看護学 母性看護学 ・ 精神看護学 ・ 在宅看護論 〕		
	<input type="checkbox"/> まだ始めていない				
取得資格	(西暦)	年 月	取得		
	(西暦)	年 月	取得		
	(西暦)	年 月	取得		
スクーリング参加会場 (振替等による変更可)	第1希望	<input type="checkbox"/> 高崎 <input type="checkbox"/> 太田 <input type="checkbox"/> 熊谷 <input type="checkbox"/> 南浦和 <input type="checkbox"/> 大宮 <input type="checkbox"/> 池袋 <input type="checkbox"/> 横浜 <input type="checkbox"/> 北千住			
	第2希望	<input type="checkbox"/> 高崎 <input type="checkbox"/> 太田 <input type="checkbox"/> 熊谷 <input type="checkbox"/> 南浦和 <input type="checkbox"/> 大宮 <input type="checkbox"/> 池袋 <input type="checkbox"/> 横浜 <input type="checkbox"/> 北千住			
	第3希望	<input type="checkbox"/> 高崎 <input type="checkbox"/> 太田 <input type="checkbox"/> 熊谷 <input type="checkbox"/> 南浦和 <input type="checkbox"/> 大宮 <input type="checkbox"/> 池袋 <input type="checkbox"/> 横浜 <input type="checkbox"/> 北千住			

藤仁館グループ 受講歴 (該当者のみ)	受講年度	講座名
	年度	

学校確認欄

入学検定料振込証明（振込通知書）貼付

下記の場所に検定料振込用紙の振込通知書を貼付してください。

