

受付日	受験番号

2026年度
 専門学校高崎福祉医療カレッジ 入学願書

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"/>
------	-------------------	------	---	------	--------------------------

フリガナ		性別	生 年 月 日
氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	(西暦) 年 月 日生 (満 歳)

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

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

放送大学 在籍状況	<input type="checkbox"/> 学習を始めている (入学年月日: 年 月 日)	<input type="checkbox"/> 申し込み済み	<input type="checkbox"/> まだ始めている
--------------	---	---------------------------------	----------------------------------

実習に 関する アンケート	■最寄り駅 (JR / その他) (線) 駅 ■自転車に (乗れる ・ 乗れない) ■自動車の運転は (できる ・ できない) ■移動に使える自動車が (ある ・ 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。



准看護師としての職務経歴

氏名		准看護師 免許取得日	西暦	年	月	日
----	--	---------------	----	---	---	---

- ・准看護師として勤務した職歴をすべて記入してください。
- ・下記記載のうち、就業証明書を提出した勤務先（施設）には、「就業証明書の有無」の欄に○を記入してください。
- ・5年(60か月)以上分の就業証明書が必要です。
- ・「期間」の計算において、「始期」「終期」の月は、それぞれ1か月として算定してください。
- ・派遣の場合は派遣会社の登録期間ではなく、准看護師として施設で勤務した期間を証明してください。
- ・現在就業している施設で引き続き勤務する予定の方は、終月を○年3月としてください。
- ・就業形態が非常勤の方は1か月の勤務日数、1日の勤務時間を記載してください。

例	勤務期間			勤務先(施設名)	業務内容	就業証明書の有無
	始期	終期	期間			
	西暦 2023年 5月	西暦 2024年 3月	0年 11月	○ ○ 病院 就業形態： <input checked="" type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤（20日/月・6時間/日）	外科病棟での看護業務	○
	西暦 年 月	西暦 年 月	年 月	就業形態： <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤（日/月・時間/日）		
	西暦 年 月	西暦 年 月	年 月	就業形態： <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤（日/月・時間/日）		
	西暦 年 月	西暦 年 月	年 月	就業形態： <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤（日/月・時間/日）		
	西暦 年 月	西暦 年 月	年 月	就業形態： <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤（日/月・時間/日）		
	西暦 年 月	西暦 年 月	年 月	就業形態： <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤（日/月・時間/日）		
	西暦 年 月	西暦 年 月	年 月	就業形態： <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤（日/月・時間/日）		
	西暦 年 月	西暦 年 月	年 月	就業形態： <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤（日/月・時間/日）		
	西暦 年 月	西暦 年 月	年 月	就業形態： <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤（日/月・時間/日）		

※10施設以上の場合は、コピーして使用してください。

就業証明書

年 月 日

学校法人藤仁館学園
専門学校高崎福祉医療カレッジ 学校長殿

施設名

所在地

施設長名

印

下記の者は、准看護師として以下のように就業し、看護業務に従事していたことを証明いたします。

氏名	(旧姓)							
生年月日	西暦	年	月	日				
就業期間 (注1)	自	西暦	年	月	日			
	至	西暦	年	月	日 (注2)			
	<input type="checkbox"/>	退職	<input type="checkbox"/>	現在就業中				
	<input type="checkbox"/>	休業期間あり						
	(年	月	日	～	年	月	日)
			合計	年	か月			

注1：就業期間の算定方法は、准看護師として勤務を開始した日の属する月および最後に勤務した日の属する月をそれぞれ一か月と見なしてください。

例) 2023年1月24日～2023年3月2日の場合は、合計3か月となります。

派遣の場合は派遣会社の登録期間ではなく、准看護師として勤務した期間を証明してください。

注2：現在就業中の方は、就業証明書発行日を記載してください。

※過去に複数の施設で就業している場合は、1施設につき1枚使用してください。

推薦書

(西暦) 年 月 日

学校法人藤仁館学園
専門学校高崎福祉医療カレッジ学校長 殿

施設名称

施設所在地

電話番号

施設長
(代表者名)

公印

下記の者は、貴校の課程を修めるのにふさわしい人物であると認め、ここに推薦いたします。

出願者氏名	
生年月日	(西暦) 年 月 日生

推薦理由	
推薦者 所属部署 (役職)	推薦者名 ⑩

出願提出書類チェック表

出願書類一式を、以下の提出書類チェック表を使用し、封筒に入れ、簡易書留で出願期間内に郵送または各キャンパス窓口まで持参してください。

持参による出願受付時間は、午前9時～午後6時まで(年末年始を除く)。

●出願上の注意点

- * 提出書類はすべて黒色のボールペンを使用し消えるペン等は使用不可。、楷書で丁寧に記載すること。
- * 提出された書類・検定料は返還いたしませんので、予めご了承ください。
- * 出願書類等に虚偽の内容が認められた場合は、合格・入学許可を取り消すことがあります。
- * 外国籍の方は、追加書類の提出をお願いする場合があります。

【提出書類チェック】 ●封を閉じる前に、必ず確認して✓を入れてください。

	書類	推薦入試	一般入試
1	入学願書 (第1号様式)		
2	証明写真1枚 (願書に貼付 縦4cm×横3cm 裏に氏名記入)		
3	入学検定料振込通知書 (入学願書裏面に貼付)		
4	准看護師としての職務経歴 (第2号様式)		
5	就業証明書 (第3号様式)		
6	准看護師免許証のコピー (A4サイズでコピー、裏面記載のある場合は両面の写しが必要)		
7	進学の動機 (第4号様式)		
8	推薦書 (第5号様式)		
9	藤仁館グループで受講したことが分かる書類 (該当者のみ)		

キリトリ

370-8790

群馬県高崎市高松町14番地2

学校法人藤仁館学園

専門学校高崎福祉医療カレッジ

通信教育部・入学総合受付 行

通信教育課程 入学願書在中

※郵便局窓口よりご郵送下さい。

簡易書留

※同封物を確認して、提出書類に不備が無いようにすること。

※右の欄に必要事項をかならず記入すること。

フリガナ		志 望 学 科	<input type="checkbox"/> 社会福祉士科(一般)
氏名			<input type="checkbox"/> 社会福祉士科(短期)
住所	〒		<input type="checkbox"/> 精神保健福祉士科(一般)
		<input type="checkbox"/> 精神保健福祉士科(短期)	
		<input type="checkbox"/> 看護師科(2年課程通信制)	

