

入 学 願 書

受験番号

※

令和 年 月 日

柳川山門医師会看護高等専修学校長 殿

私はこの度貴校に入学を志願いたします。

写 真
貼 付 欄

(ヨコ 4cm×タテ 5cm)

ふりがな				昭和 平成	年	月	日生 (才)
氏 名							
現住所	〒 ()			TEL ()局	-	番	
学歴 (年号でご記入ください)	中 学 校		年 月 卒業・卒業見込				
	高 等 学 校		年 月 卒業・卒業見込・退学				
			年 月 卒業・卒業見込・退学				
			年 月 卒業・卒業見込・退学				
職 歴	勤 務 先	業 務 内 容	所 在 地	在 職 期 間 (年号でご記入ください)			
				年	月	～	年 月
				年	月	～	年 月
				年	月	～	年 月
				年	月	～	年 月

(記入上の注意)

- ※印は本校にて記入するので記入しないこと。
- 文字は楷書でわかりやすく書くこと。
- 算用数字を使用すること。
- 願書と受験票は切りはなさないこと。
- 下記“受験票”にも記名及び写真を貼付すること。

令和9年度

受験票

受験番号	※
------	---

写真 貼付欄 (ヨコ 4cm×タテ 5cm)

ふりがな

氏名

柳川山門医師会看護高等専修学校

受験当日受付時間 8:20~8:40まで

受験料領収印

- 注 1. 本票をもって受験料の領収証とする。
2. 受験当日持参するもの
受験票、筆記用具、上ばき