

(様式 1)

| | |
|------|---|
| 受験番号 | ※ |
|------|---|

入 学 願 書

年 月 日

群馬県立県民健康科学大学学長 様

群馬県立県民健康科学大学看護学教員養成課程に入学したいので、関係書類を添えて申し込みます。

| | | | |
|-------------|--|------------------|---|
| ふりがな 氏 名 | | 性別 男・女 | 写真貼付欄 (縦 3cm×横 3cm) 1. 最近 3 カ月以内に 撮影したもの 2. 上半身脱帽正面向き (背景なし) |
| 生年月日 | 昭和・平成 年 月 日生 歳(令和 6 年 3 月 31 日現在) | | 年 月 撮影 |
| 現住所 | 〒 () TEL () e-mail アドレス () ※受験票を送付するため、確実に送付できるアドレスを明確に記載してください。 | | |
| 出願時の 勤務先 | ふりがな 名 称 | | |
| | 所在地 | 〒 () TEL () | |
| | 職 種 | 看護師 ・ 保健師 ・ 助産師 | 職 位 |

志望理由・学びたいこと

| |
|--|
| |
|--|

※印欄には何も記入しないでください。

(様式2)

| | | | | | | |
|-----|--|-------------|-----------|-------|---------------------|------|
| 学歴 | 学 校 名 (高等学校以上で専門学歴も記入) | | 卒業年月日 | | 就業期間 | |
| | | | 昭・平・令 年 月 | | | |
| | | | 昭・平・令 年 月 | | | |
| | | | 昭・平・令 年 月 | | | |
| | | | 昭・平・令 年 月 | | | |
| | | | 昭・平・令 年 月 | | | |
| 研修歴 | 名 称 (1カ月以上のもの) | | 主 催 | | 研修期間 | |
| | | | | | 昭・平・令 年 月～昭・平・令 年 月 | |
| | | | | | 昭・平・令 年 月～昭・平・令 年 月 | |
| | | | | | 昭・平・令 年 月～昭・平・令 年 月 | |
| 職歴 | 期 間 | | 勤務先名称 | 所属部署名 | 担当業務 | 職 位 |
| | 臨床・その他 | | | | | |
| | 昭・平・令 年 月～昭・平・令 年 月 常勤 年 ヶ月 非常勤(週 時間程度) 年 ヶ月 | | | | | |
| | 昭・平・令 年 月～昭・平・令 年 月 常勤 年 ヶ月 非常勤(週 時間程度) 年 ヶ月 | | | | | |
| | 昭・平・令 年 月～昭・平・令 年 月 常勤 年 ヶ月 非常勤(週 時間程度) 年 ヶ月 | | | | | |
| | 昭・平・令 年 月～昭・平・令 年 月 常勤 年 ヶ月 非常勤(週 時間程度) 年 ヶ月 | | | | | |
| | 昭・平・令 年 月～昭・平・令 年 月 常勤 年 ヶ月 非常勤(週 時間程度) 年 ヶ月 | | | | | |
| | 昭・平・令 年 月～昭・平・令 年 月 常勤 年 ヶ月 非常勤(週 時間程度) 年 ヶ月 | | | | | |
| | 臨床・その他 実務経験 年 ヶ月 | | | | | |
| | 教 員 | | | | | |
| | 昭・平・令 年 月～昭・平・令 年 月 常勤 年 ヶ月 非常勤(週 時間程度) 年 ヶ月 | | | | | |
| | 教員実務経験 年 ヶ月 | | | | | |
| | 保健・医療・福祉関連の資格・免許等 | 資 格 ・ 免 許 等 | | 取得年月日 | | 登録番号 |
| | | 昭・平・令 年 月 | | | | |
| | | 昭・平・令 年 月 | | | | |
| | | 昭・平・令 年 月 | | | | |
| | | 昭・平・令 年 月 | | | | |
| | | 昭・平・令 年 月 | | | | |