

入学願書【看護学科】

2020 年度生 金沢医療技術専門学校

受験番号
* K

受験会場	<input type="checkbox"/> 本校
	<input type="checkbox"/> 札幌

黒ボールペンで、太線枠内全てに楷書で丁寧に記入してください。
 該当する□をチェック✓のうえ、必要事項を記入してください。
 (ただし、※2,3,4は該当箇所のみ記入)
 *印欄は記入しないでください。

ふりがな				性別
氏名				男・女
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日生	(歳)	
ふりがな				
現住所 (書類送付先)	〒			
	TEL () -			
ふりがな				本人との続柄
保護者氏名 ^{※1}				
ふりがな				
連絡先 (上記と同じ場合不要)	〒			
	TEL () -			
出身高校 ^{※2}	都道府県	<input type="checkbox"/> 国立 <input type="checkbox"/> 公立 <input type="checkbox"/> 私立	<input type="checkbox"/> 全日制 <input type="checkbox"/> 定時制 <input type="checkbox"/> 通信制	
	高等学校 科			
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成		年 月	<input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 卒業
大検または高卒認定 ^{※3}	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	合格	
最終学歴	<input type="checkbox"/> 大学 <input type="checkbox"/> 短期大学 <input type="checkbox"/> 専門学校			<input type="checkbox"/> ____ 学年次中退 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 平成 ____ 年卒業
職歴 ^{※4} (短期アルバイトは除く)	年 月 ~ 年 月			
	年 月 ~ 年 月			
	年 月 ~ 年 月			
電話番号 (緊急時)	日中必ず連絡のとれる携帯電話(続柄)等、複数記入可			

受験区分	<input type="checkbox"/> 公募推薦	
	<input type="checkbox"/> AO	
	<input type="checkbox"/> 一般	<input type="checkbox"/> I 期 <input type="checkbox"/> II 期 <input type="checkbox"/> III 期
	<input type="checkbox"/> 社会人	<input type="checkbox"/> 前期 <input type="checkbox"/> I 期 <input type="checkbox"/> II 期

写真貼付欄
3ヶ月以内に撮影のもの 上半身・正面・脱帽 (4.5cm × 4cm)
裏面に記名のこと

※1: 父母またはそれに代わる者(原則として4親等以内の親族)を必ず記入してください。

受験票

学科	看護	受験番号	* K
志願者氏名			
受験区分	<input type="checkbox"/> 公募推薦 <input type="checkbox"/> AO入試	<input type="checkbox"/> 一般	<input type="checkbox"/> I期 <input type="checkbox"/> II期 <input type="checkbox"/> III期
			<input type="checkbox"/> 社会人
			<input type="checkbox"/> 前期 <input type="checkbox"/> I期 <input type="checkbox"/> II期
受験会場	<input type="checkbox"/> 本校 <input type="checkbox"/> 札幌	入学試験日	月 日 ()

写真貼付欄
3ヶ月以内に撮影のもの 上半身・正面・脱帽 (4.5cm × 4cm)
裏面に記名のこと

黒ボールペンで、太線枠内全てに楷書で丁寧に記入してください。
該当する□をチェック✓のうえ、必要事項を記入してください。

【アンケート】 奨学金を受ける病院について

奨学金を受ける病院が決まっている、または話し合いが進んでいる方は必ず記入してください。
希望の病院を書くものではありません。ただし、**教育委託生**(←本校の卒後臨床研修指定病院以外の病院から奨学金を受給する学生)は、必ず記入してください。記入がない場合は、卒後臨床研修制度に則っていただきます。

病院名			
所在地			
支給額	<input type="checkbox"/> 月額 <input type="checkbox"/> 年額	円	貸与期間 年

※もちろん試験の可否等には一切無関係ですのでご記入お願いします。

振込通知書

年 月 日	
金額	¥30,000 円
先方銀行	北陸信用金庫 本店営業部
預金種目	普通
口座番号	0255038
受取人	ガッコウホウジンホウジョウガクエン 学校法人 豊穰学園 リジチョウ タナカ ケンジ 理事長 田中 健二
ご依頼人(生徒名)	様
収納印	

①取扱店→ご依頼人→学校保存

領収書

年 月 日	
金額	¥30,000 円
先方銀行	北陸信用金庫 本店営業部
預金種目	普通
口座番号	0255038
受取人	ガッコウホウジンホウジョウガクエン 学校法人 豊穰学園 リジチョウ タナカ ケンジ 理事長 田中 健二
ご依頼人(生徒名)	様
手数料	円
収納印	

この領収書は、大切に保管してください。

②取扱店→ご依頼人保存

振込依頼書

科目	
依頼日	年 月 日
電信扱	円
手数料	円
先方銀行	北陸信用金庫 本店営業部 (普通) No. 0255038
金額	¥30,000 円
受取人	ガッコウホウジン ホウジョウガクエン 学校法人 豊穰学園 リジチョウ タナカ ケンジ 理事長 田中 健二
ご依頼人(フリガナ)	(おなまえ)
ご依頼人(生徒名)	(おところ)
電話	() - ()
【手数料振込人負担】	
収納印又は振替印	

(取扱店へお願い)
①②票に収納印を押印のうえ、③票を取扱店にて切り取り、その他はご依頼人にお渡しください。

③取扱店保存

受験番号	*
------	---

推 薦 書

金沢医療技術専門学校長 殿

下記のことを、貴校の入学適格者と認め推薦いたします。

氏 名

推薦理由

年 月 日

所在地

学校名

校長名

印

*欄は記入しないこと