

(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				
	所在地	〒 ー 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。



准看護師実務経験履歴書

受験番号

氏名

准看護師免許	取得年月日	(西暦)	年	月	日	都道府県	登録番号
准看護師としての実務経験履歴							
就業先		就業年月				就業期間	
		(西暦)	年	月	日	～	(西暦) 年 月 日 カ月
		(西暦)	年	月	日	～	(西暦) 年 月 日 カ月
		(西暦)	年	月	日	～	(西暦) 年 月 日 カ月
		(西暦)	年	月	日	～	(西暦) 年 月 日 カ月
		(西暦)	年	月	日	～	(西暦) 年 月 日 カ月
		(西暦)	年	月	日	～	(西暦) 年 月 日 カ月
		(西暦)	年	月	日	～	(西暦) 年 月 日 カ月
		(西暦)	年	月	日	～	(西暦) 年 月 日 カ月
		(西暦)	年	月	日	～	(西暦) 年 月 日 カ月
		(西暦)	年	月	日	～	(西暦) 年 月 日 カ月
						合計	カ月
就業期間内の育児・介護・傷病休業期間及び休職期間							
(西暦)		年	月	日	～	(西暦)	年 月 日 カ月
(西暦)		年	月	日	～	(西暦)	年 月 日 カ月
(西暦)		年	月	日	～	(西暦)	年 月 日 カ月
						合計	カ月

受験番号

准看護師実務経験証明書

(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、本施設において准看護師として就業したことを証明します。

氏名					
生年月日	(西暦)	年	月	日生	
就業期間 (育児・介護休業及び 休職期間を含む)	(西暦)	年	月	日	～ (西暦) 年 月 日
	合計①				ヵ月

就業期間内の育児・介護・傷病休業期間及び休職期間						
(西暦)	年	月	日	～ (西暦)	年 月 日	ヵ月
(西暦)	年	月	日	～ (西暦)	年 月 日	ヵ月
(西暦)	年	月	日	～ (西暦)	年 月 日	ヵ月
合計②						ヵ月

実質就業期間 ヵ月 (=合計①-合計②)

(受験生への留意点)

- 注1: 就業された施設での就業期間(複数個所の合計で可)が合計7年間(84ヵ月)必要です。
注2: 就業始期および終期は、その月の初日・末日であっても、その月を「1ヵ月」とみなします。
注3: 本人の記入・訂正は無効になります。
注4: 本用紙および裏面「准看護師実務経験証明書の記入方法」を1セットとして、1施設1セットを使用し、用紙が不足する場合はこの原本をコピーして使用してください。(必ず両面または2枚1組とする)

(施設の方へ)

- ※『准看護師実務経験証明書』ご記入に際しては、**裏面「准看護師実務経験証明書の記入方法」**を参考にご記入ください。

【准看護師実務経験証明書の記入方法】

1. 『准看護師実務経験証明書』は、すべての項目について施設で記入してください。
ボールペン等消せないものをご記入ください。
受験者自身での記載箇所がある場合は、無効となります。（氏名等も含む）
2. **准看護師籍登録年月日以降の就業**についてご記入ください。
看護助手業務等は該当しません。
3. 就業期間の記入
現在在職中の場合は、就業開始年月日～記入日の年月日をご記入いただき、
「在職中」に✓を入れてください。
***就業期間とは、就業した月（踏んだ月）で数えてください。**
就業始期および終期は、初日・末日であっても、その月を「1ヵ月」とみなします。
4. 育児・介護休業及び休業の期間がある場合はご記入ください。
また、その場合は合計①-合計②の年月を、「実質就業期間」として最下部にご記入ください。
5. 勤務形態は、常勤・非常勤・パートを問いません。
ただし准看護師として従事した期間のみご記入ください。

【お問い合わせ】

専門学校高崎福祉医療カレッジ
通信教育部 看護師科（2年課程通信制）
〒370-0829 群馬県高崎市高松町14-2
TEL：050-3645-2337 FAX:050-3537-5963
e-mail：t-kango@tojinkan.ac.jp

<<<<<< 受験者の方へ >>>>>>

《就業証明書の提出以降の准看護師としての就業期間について》

出願時点で看護師実務経験期間が7年に満たない方で、出願時～2025（令和7）年3月で准看護師実務経験期間が7年になる場合は、その不足分の証明書を2025年3月末までに追加提出していただきます。
もし追加提出ができない場合は、合格が取り消しになりますのでご注意ください。

〈准看護師実務経験証明書が発行できない場合の対応〉

【勤務先が廃院により証明書が提出できない場合】

最寄りの年金事務所（旧社会保険事務所）に印鑑と年金手帳を持参し、『年金加入期間調査願』を提出し、『被保険者記録照会回答票（被保険者照会回答票）』を受け取り、出願書類と一緒に郵送すること。廃院した施設名が分かるようにアンダーラインを引いておくこと。

【勤務先が廃院により証明書が発行できなく、尚且つ厚生年金に加入していなかった場合】

ハローワークの発行する「雇用保険被保険者資格取得届出確認照会回答票」を提出してください。

※申請方法は、①本人確認の書類（運転免許証、マイナンバーカードなど）と②「雇用保険被保険者資格取得届出確認照会票」を持参して、最寄りのハローワークに申請してください。

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 印

