

受付日	受取者	確認者	受験番号

2027年度入学
藤仁館医療福祉専門学校

入 学 願 書

出願日	年 月 日	学科	看護師科（2年課程・通信制）	<div>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</div>
出願区分	<input type="checkbox"/> 一般出願 <input type="checkbox"/> 病院・施設推薦出願 <input type="checkbox"/> 藤仁館グループ出願	所属希望 キャンパス	第1希望：（ ） キャンパス 第2希望：（ ） キャンパス	
紹介入学	紹介者名： 紹介者の受講講座名： 紹介入学確認票の同封： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 後日			

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)	
現住所	〒 —				
最寄駅	線 駅		教育訓練給付金	<input type="checkbox"/> 利用する <input type="checkbox"/> 利用しない	
携帯電話	— —		固定電話	() —	
勤務先	勤務先	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
	名称	(法人名) (施設名)		(勤務先の施設種別)	
	所在地	〒 —			
	推薦	<input type="checkbox"/> あり (推薦書を参照して以下の推薦者を自分で記入する) <input type="checkbox"/> なし			
	推薦者	役職・部署： 氏名：			
学歴等	中学校	(西暦) 年 月		卒業	
	高等学校	(西暦) 年 月		卒業	
	その他	(西暦) 年 月		卒業・卒業見込・退学	
	その他	(西暦) 年 月		卒業・卒業見込・退学	
	その他	(西暦) 年 月		卒業・卒業見込・退学	
	※入学必須※ 放送大学	(西暦) 年 月入学 (予定) 全16科目修得済・一部修得済・履修中・未履修			
取得資格	准看護師	(西暦) 年 月 日		准看護師免許 取得	
	その他	(西暦) 年 月 日		取得	
	その他	(西暦) 年 月 日		取得	
確認事項	■自転車に〔 乗れる・乗れない 〕 ■自動車の運転が〔 できる・できない 〕 ■移動に使える自動車が〔 ある・ない 〕				

入学検定料払い込み確認票

入学検定料を払い込みしたことを証明する書類を以下に貼付してください。(折曲、コピー可)

振込先口座	以下のいずれかの口座へお振込みください。 ①群馬銀行 高崎栄町支店 普通 0855689 ②高崎信用金庫 東支店 普通 2157478	入学検定料	看護師科(2年課程通信制) ¥20,000
-------	---	-------	--------------------------

証明書類貼付欄

准看護師としての職務経歴書

氏 名		准看護師免許 取得日	(西暦) 年 月 日	見込出願 ※2027.3月までに 60か月必要	<input type="checkbox"/>
現在までの 実務経験の総月数			就業証明書を提出した 実務経験のみの月数		

- ・ 准看護師免許取得日以降からの職歴を、本人が記入する。
- ・ 看護師科(2年課程・通信制)の入学には、60か月(5年)以上の准看護師としての実務経験が必要。
2027年3月の実務経験まで算定することができ、見込出願の場合、出願時点までの就業証明を提出する。
- ・ 就業証明書は60か月以上の提出があればよい。提出する施設には『証明書提出の有無』の欄に○をつけること。
- ・ 派遣の場合、下表の勤務先施設には、派遣元ではなく、実際に勤務した施設等の名称を記入する。
- ・ 『始期』『終期』が月の途中でも、それぞれ1か月として算定する。

就業期間			勤務先施設名	就業形態 (非常勤の場合、時間数と日数の記入必須)	業務内容	証明書提出 の有無
始期	終期	月数				
(西暦) 年 月	(西暦) 年 月	カ月		<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 【 時間/日, 日/月】		
(西暦) 年 月	(西暦) 年 月	カ月		<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 【 時間/日, 日/月】		
(西暦) 年 月	(西暦) 年 月	カ月		<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 【 時間/日, 日/月】		
(西暦) 年 月	(西暦) 年 月	カ月		<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 【 時間/日, 日/月】		
(西暦) 年 月	(西暦) 年 月	カ月		<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 【 時間/日, 日/月】		
(西暦) 年 月	(西暦) 年 月	カ月		<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 【 時間/日, 日/月】		
(西暦) 年 月	(西暦) 年 月	カ月		<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 【 時間/日, 日/月】		
(西暦) 年 月	(西暦) 年 月	カ月		<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 【 時間/日, 日/月】		
(西暦) 年 月	(西暦) 年 月	カ月		<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 【 時間/日, 日/月】		

※欄が不足する場合、コピーして使用してください。

実務経験証明書

学校法人藤仁館学園
藤仁館医療福祉専門学校 学校長 殿

(証明者)

証 明 日 年 月 日
法 人 名
施 設 名
所 在 地
施 設 長 名

公印

下記のとおり、准看護師として就業し、看護業務に従事している(いた)ことを証明いたします。

記									
氏 名							(旧姓 :		
生年月日	西暦	年	月	日	生				
就業先名称									
雇用形態	<input type="checkbox"/> 常勤	<input type="checkbox"/> 非常勤	<input type="checkbox"/> 派遣						
就業期間	始期	西暦	年	月	日				
	終期	西暦	年	月	日				
	<input type="checkbox"/> 退職	<input type="checkbox"/> 現在就業中							
	<input type="checkbox"/> 休職期間あり								
	(	年	月	日	～	年	月	日)	
	(	年	月	日	～	年	月	日)	
	(	年	月	日	～	年	月	日)	
									以上

留 意 事 項

- ・就業期間は、准看護師として勤務した日付の属する月を1カ月として算定します。
(例：2025年4月20日～2025年6月2日の場合、3カ月と数えます。)
- ・派遣の場合、就業証明書は派遣会社が記入してください。また、就業期間は会社への登録期間ではなく准看護師として勤務した期間のみを派遣先施設ごとに証明を行ってください。
- ・現在就業中の場合、終期は証明日としてください。

(400字以上～500字以内)

400字

推 薦 書

学校法人藤仁館学園

藤仁館医療福祉専門学校 学校長 殿

記 入 日 年 月 日

法 人 名

施 設 名

所 在 地

施設長名

(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。

記

志望学科	看護師科（2年課程・通信制）		
フリガナ		生年月日	
氏 名		(西暦)	年 月 日生

< 推薦理由 >

< 推薦者 >

所属部署 (役職)		推薦者名	㊟
--------------	--	------	---

以上

出願提出書類チェック表

氏名:

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書(第2号様式)		
5	実務経験証明書(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

藤仁館医療福祉専門学校

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	社会福祉士科(一般)
氏 名			社会福祉士科(短期)
住 所	〒 -		精神保健福祉士科(一般)
			精神保健福祉士科(短期)
		○ 看護師科(2年課程通信制)	

