

| ※学校使用欄 | 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) | | | |
| 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 | | | | | |
| 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 日生 (満 歳) | | |
| 現住所 | 〒 一 | | | | | |
| 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 | ー ー | | 固定電話 | () ー | | |
| 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 | 〒 一 | | | | |
| | 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 | <input type="checkbox"/> 自転車に [乗れる・乗れない] <input type="checkbox"/> 自動車の運転が [できる・できない] <input type="checkbox"/> 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