

入 学 願 書

受験番号	※
------	---

令和 年 月 日

柳川山門医師会看護高等専修学校長 殿

私はこの度貴校に入学を志願いたします。

写 真
貼 付 欄

(ヨコ 4cm×タテ 5cm)

ふりがな				昭和 年 月 日生 (才)
氏 名				平成
現 住 所	〒 ()			TEL () 局 ー 番 携 帯
学 歴 (年号でご記入ください)	中 学 校		年 月 卒業・卒業見込	
	高 等 学 校		年 月 卒業・卒業見込・退学	
			年 月 卒業・卒業見込・退学	
			年 月 卒業・卒業見込・退学	
職 歴	勤 務 先	業務内容	所 在 地	在 職 期 間 (年号でご記入ください)
				年 月～ 年 月
				年 月～ 年 月
				年 月～ 年 月
				年 月～ 年 月
				年 月～ 年 月

- (記入上の注意)
- ※印は本校にて記入するので記入しないこと。
 - 文字は楷書でわかりやすく書くこと。
 - 算用数字を使用すること。
 - 願書と受験票は切りはなさないこと。
 - 下記“受験票”にも記名及び写真を貼付すること。

写 真 貼 付 欄
(ヨコ 4cm×タテ 5cm)

令和8年度 受 験 票
ふりがな
氏 名

受験番号	※
------	---

受験料領収印

柳川山門医師会看護高等専修学校

受験当日受付時間 8：20～8：40まで

- 注 1. 本票をもって受験料の領収証とする。
2. 受験当日持参するもの
受験票、筆記用具、上ばき