（様式1）

※受験番号

**入　学　願　書**

　　年　　月　　日

群馬県立県民健康科学大学学長　様

群馬県立県民健康科学大学看護学教員養成課程に入学したいので、関係書類を添えて申し込みます。

出願時の

勤務先

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性別 | 写真貼付欄(縦3cm×横3cm)1.最近3カ月以内に撮影したもの2.上半身脱帽正面向き(背景なし) |
| 氏名 |  | 男・女 |
| 生年月日 | 昭和・平成　　年　　月　　日生　　　歳(2021年3月31日現在) | 　年　　月撮影 |
| 現住所 | 〒（　　　－　　　）TEL　　　（　　　　）　　　e-mailアドレス（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）※受験票を送付するため、確実に送付できるアドレスを明確に記載してください。 |
|  | ふりがな |  |
| 名称 |  |
| 所在地 | 〒（　　　－　　　）TEL　　　（　　　　）　　　 |
| 職種 | 看護師　・　保健師　・　助産師 | 職位 |  |

志望理由・学びたいこと

|  |
| --- |
| ※印欄には何も記入しないでください。 |
| 学歴 | 学　校　名　(高等学校以上で専門学歴も記入) | 卒業年月日 | 就業期間 |
|  | 昭･平･令　　月　　日 |  |
|  | 昭･平･令　　月　　日 |  |
|  | 昭･平･令　　月　　日 |  |
|  | 昭･平･令　　月　　日 |  |
|  | 昭･平･令　　月　　日 |  |
|  | 昭･平･令　　月　　日 |  |
| 研修歴 | 名　称　(1カ月以上のもの) | 主　催 | 研修期間 |
|  |  | 昭･平･令　　月　　日～昭･平･令　　月　　日 |
|  |  | 昭･平･令　　月　　日～昭･平･令　　月　　日 |
|  |  | 昭･平･令　　月　　日～昭･平･令　　月　　日 |
|  |  | 昭･平･令　　月　　日～昭･平･令　　月　　日職　位担当業務所属部署名 |
| 職歴 | 期　間 | 勤務先名称 |  |  |  |
| 昭･平･令　　月　　日～昭･平･令　　月　　日常勤　　　　　　　　　　　　　　年　　ヶ月非常勤(週　　時間程度)　　　　　年　　ヶ月 |  |  |  |  |
| 昭･平･令　　月　　日～昭･平･令　　月　　日常勤　　　　　　　　　　　　　　年　　ヶ月非常勤(週　　時間程度)　　　　　年　　ヶ月 |  |  |  |  |
| 昭･平･令　　月　　日～昭･平･令　　月　　日常勤　　　　　　　　　　　　　　年　　ヶ月非常勤(週　　時間程度)　　　　　年　　ヶ月 |  |  |  |  |
| 昭･平･令　　月　　日～昭･平･令　　月　　日常勤　　　　　　　　　　　　　　年　　ヶ月非常勤(週　　時間程度)　　　　　年　　ヶ月 |  |  |  |  |
| 昭･平･令　　月　　日～昭･平･令　　月　　日常勤　　　　　　　　　　　　　　年　　ヶ月非常勤(週　　時間程度)　　　　　年　　ヶ月 |  |  |  |  |
| 昭･平･令　　月　　日～昭･平･令　　月　　日常勤　　　　　　　　　　　　　　年　　ヶ月非常勤(週　　時間程度)　　　　　年　　ヶ月 |  |  |  |  |
| 昭･平･令　　月　　日～昭･平･令　　月　　日常勤　　　　　　　　　　　　　　年　　ヶ月非常勤(週　　時間程度)　　　　　年　　ヶ月 |  |  |  |  |
| 昭･平･令　　月　　日～昭･平･令　　月　　日常勤　　　　　　　　　　　　　　年　　ヶ月非常勤(週　　時間程度)　　　　　年　　ヶ月 |  |  |  |  |
| 実務経験(通算)　　　　　　　　　年　　ヶ月 |  |
| 保健･医療･福祉関連の資格･免許等 | 資格・免許等 | 取得年月日 | 登録番号 |
|  | 昭･平･令　　月　　日 |  |
|  | 昭･平･令　　月　　日 |  |
|  | 昭･平･令　　月　　日 |  |
|  | 昭･平･令　　月　　日 |  |
|  | 昭･平･令　　月　　日 |  |
|  | 昭･平･令　　月　　日 |  |
|  | 昭･平･令　　月　　日 |  |
|  | 昭･平･令　　月　　日 |  |