

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。

ふりがな				性別	写真貼付欄 (縦 3cm×横 2.5cm) 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(令和 8 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。			
出願時の 勤務先	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

(様式 2)

学歴	学校名（高等学校以上で専門学歴も記入）		学部、学科、課程		卒業年月	
					昭・平・令 年 月	
					昭・平・令 年 月	
					昭・平・令 年 月	
					昭・平・令 年 月	
					昭・平・令 年 月	
研修歴	研修名称（1 カ月以上のもの）		主催名	研修期間		
				昭・平・令 年 月～昭・平・令 年 月		
				昭・平・令 年 月～昭・平・令 年 月		
				昭・平・令 年 月～昭・平・令 年 月		
				昭・平・令 年 月～昭・平・令 年 月		
職歴	臨床・その他	雇用形態	施設名称	所属部署	在職期間	
		常勤			昭・平・令 年 月から	
		非常勤(週 時間程度)			昭・平・令 年 月まで	
		常勤			昭・平・令 年 月から	
		非常勤(週 時間程度)			昭・平・令 年 月まで	
		常勤			昭・平・令 年 月から	
		非常勤(週 時間程度)			昭・平・令 年 月まで	
		常勤			昭・平・令 年 月から	
	非常勤(週 時間程度)			昭・平・令 年 月まで		
	臨床・その他 実務経験年数 年 ヶ月					
	教員	常勤			昭・平・令 年 月から	
		非常勤(週 時間程度)			昭・平・令 年 月まで	
		常勤			昭・平・令 年 月から	
非常勤(週 時間程度)				昭・平・令 年 月まで		
教員 実務経験年数 年 ヶ月						
保健、医療、福祉	資格・免許等		取得年月		登録番号	
			昭・平・令 年 月			
			昭・平・令 年 月			
			昭・平・令 年 月			
			昭・平・令 年 月			