

受験番号 ※

年 月 日

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。

ふりがな氏名				性別 男・女	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)
生年月日		昭和・平成 年 月 日生		歳(令和9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

[illegible]

※印欄には何も記入しないでください。

(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・職位等		在職期間	
		常 勤 非常勤（週 時間程度）						昭・平・令	年 月から 昭・平・令 年 月まで
		常 勤 非常勤（週 時間程度）						昭・平・令	年 月から 昭・平・令 年 月まで
		常 勤 非常勤（週 時間程度）						昭・平・令	年 月から 昭・平・令 年 月まで
		常 勤 非常勤（週 時間程度）						昭・平・令	年 月から 昭・平・令 年 月まで
		常 勤 非常勤（週 時間程度）						昭・平・令	年 月から 昭・平・令 年 月まで
		常 勤 非常勤（週 時間程度）						昭・平・令	年 月から 昭・平・令 年 月まで
		常 勤 非常勤（週 時間程度）						昭・平・令	年 月から 昭・平・令 年 月まで
	教員	常 勤 非常勤（週 時間程度）						昭・平・令	年 月から 昭・平・令 年 月まで
		常 勤 非常勤（週 時間程度）						昭・平・令	年 月から 昭・平・令 年 月まで
経験年数	看護師	年 ヶ月	保健、医療、福祉 資格免許等	資格・免許等		取得年月		登録番号	
	助産師	年 ヶ月				昭・平・令	年 月		
	保健師	年 ヶ月				昭・平・令	年 月		
	准看護師	年 ヶ月				昭・平・令	年 月		
	教員	年 ヶ月				昭・平・令	年 月		

※他都道府県の「専任教員養成講習会」と併願していますか ☐ はい（都道府県名 ）
☐ いいえ