

2023年度

受 験 番 号
*

砂川市立病院附属看護専門学校 身上書

ふりがな				
氏 名		男 女		
生 年 月 日		昭和・平成 年 月 日生 ( 歳)		
現 住 所		( 〒                      )		
		電 話                      (                      )		
学 歴	高等学校名	平成・令和 年 月 卒業・卒業見込		
	大 学 校 等 短 期 大 学 専 門 学 校	学 校 名	在 学 期 間	
			年 月 から 年 月 まで	卒・見・退
			年 月 から 年 月 まで	卒・見・退
		年 月 から 年 月 まで	卒・見・退	
職 歴 等	内 容		在 職 期 間	
			年 月 から 年 月 まで	
			年 月 から 年 月 まで	
			年 月 から 年 月 まで	
			年 月 から 年 月 まで	
			年 月 から 年 月 まで	
保 護 者	ふりがな	年 齢	続 柄	
	氏 名			
	住 所	( 〒                      )		
		電 話                      (                      )		
受 験 の 動 機			趣 味 ・ 特 技	

写 真 貼 付 欄

- 1 上半身・無帽・正面のもの
- 2 最近3ヵ月以内撮影のもの
- 3 タテ5cm×ヨコ4cmを全面のり付けとする
- 4 受験票に貼ったものと同一写真とする