２０２７年度

砂川市立病院附属看護専門学校　身上書

受験番号
＊

ふりがな			
氏名 生年月日		西暦　　年　　月　　日生（　　歳）	
現住所		（〒　　―　　） 電話　　（　　）	
学歴	高等学校名	西暦　　年　　月　　卒業・卒業見込	
	大学 短期大学 専門学校 等	学校名	在学期間 / 区分
			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

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

職歴・資格等	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

身元保証人				
	ふりがな		年齢	続柄
	氏名			
	住所	（〒　　ー　　） 電話　　（　　）		

受験の動機		趣味・特技	