受　験　番　号
＊

２０２７年度

砂川市立病院附属看護専門学校　入学願書

現住所	（〒　　―　　）
電話番号	自宅　　（　　）
	携帯　　（　　）
ふりがな	
出願者 氏名	㊞

合　格　通　知　連　絡　先

送付先 住所	（〒　　―　　）
電話番号	自宅　　（　　）
	携帯　　（　　）