小豆沢病院模擬面用紙（兼申し込み書）

ふりがな		学校名（既卒の方は出身校）	
氏名		（　　年生）・既	
住所	〒	生年月日：西暦　　年 月　　日（　　歳）	
電話番号		携帯	
ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ			

	志望校	どちらかに〇	
第1志望		（一般・推薦）	試験日：　月　日 発表日：　月　日
第2志望		（一般・推薦）	試験日：　月　日 発表日：　月　日
第3志望		（一般・推薦）	試験日：　月　日 発表日：　月　日

看護師志望理由

本校志望理由

自己PR

□お問い合わせ・申し込み先：小豆沢病院看護学生室1−6−8

03-3968-7993　/　kangakusei@kenbun.or.jp

担当：横島・島脇