受験 番号

入 学 願 書

4.0㎝×3.0㎝ 3ヶ月以内に 撮影した正面 上半身の写真

貴校に入学したいのでご許可下さいますようお願いいたします。

(西暦)　　年　　月　　日

一般社団法人人吉市医師会附属人吉球磨准看護学院長　　様

人吉高校定時制普通科 *中卒受験者のみ記入	1　受験する
	2　受験しない

志願者	ふりがな	
	氏　名	男 女
	生年月日	(西暦)　　年　　月　　日生　　才
	現住所	〒　　－
	電話番号	(　　)　　－　　緊急連絡先（　　）　　－

学　歴

(西暦)	年	月	中学校卒業・卒業見込
(西暦)	年	月	高等学校卒業・卒業見込
(西暦)	年	月	卒業・卒業見込
(西暦)	年	月	卒業・卒業見込

職　歴

(西暦)自	年	月	～	至	年	月
(西暦)自	年	月	～	至	年	月
(西暦)自	年	月	～	至	年	月
(西暦)自	年	月	～	至	年	月
(西暦)自	年	月	～	至	年	月
(西暦)自	年	月	～	至	年	月