（様式2）
准看護学科

※受験番号		※

入　学　願　書

〈令和8年度　一般入学試験用〉

令和　　年　　月　　日

中津ファビオラ看護学校長　様

中津ファビオラ看護学校准看護学科に入学を希望するため、必要書類及び入学検定料を添えて出願します。

ふりがな		性別（男・女）	写真貼付欄 ・縦4cm、横3cm ・出願前3ヵ月以内に撮影したもの ・上半身、無帽、正面向き ・写真の裏面に氏名を記入すること
氏　　名	（旧姓　　）		
生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日生（　　歳）		
現住所	〒（　　－　　） 電話：　　－　　－ 携帯：　　－　　－		令和　　年　　月 撮影
連絡先 ※現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入すること	氏名	本人との続柄（　　）	
	住所	〒（　　－　　） 電話・携帯：　　－　　－	
志望する区分 （レ印を記入）	□ 一般　　□ 子育て支援枠		

（志望理由）

①※印欄は記入しないで下さい。
②黒のボールペンで記入して下さい。フリクションペン（消えるボールペン）は不可です。
③出願された方の個人情報は、当該入学試験以外の目的で利用することはありません。

（様式2）

（受験者氏名：　　）

学歴	
学校・学部・学科名（中学校以上を記入）	就学期間
中学校	年　月～　年　月　卒
高等学校　科	年　月～　年　月　卒 卒見込
	年　月～　年　月　卒 卒見込
	年　月～　年　月　卒 卒見込
	年　月～　年　月　卒 卒見込
	年　月～　年　月　卒 卒見込
	年　月～　年　月　卒 卒見込
	年　月～　年　月　卒 卒見込

職歴		
職種	勤務先名称	勤務期間
		年　月～　年　月
		年　月～　年　月
		年　月～　年　月
		年　月～　年　月
		年　月～　年　月
		年　月～　年　月
		年　月～　年　月
		年　月～　年　月
		年　月～　年　月