**地域枠受験者用**

A票

**名桜大学助産学専攻科　入学志願票**

令和7(2025)年度　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**名 桜 大 学**

注1：生年月日、学歴、職歴は西暦で記入すること。

注2：学歴、職歴欄が不足する場合は、別紙に記載し、提出すること

注3：※印の欄は記入不要。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 助産学専攻科 | 選抜区分 | | | | | | ※受験番号 | |  | |
| 一般選抜（地域枠） | | | | | | 試験場 | | 名桜大学 | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | |
| 氏　名 |  | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日　（　　　　歳） | | | | | | | | | 写真貼付  1　半身脱帽、正面背景無し  2　縦4㎝×横3㎝  3　最近3ヶ月以内撮影  4　スピード写真不可  5　裏面に住所、氏名を記入してください。 |
| 現住所等 | 〒  電　　話（　　　　）　　　　－  携帯電話（　　　　）　　　　－  E-mail | | | | | | | | |
| 上記以外の  連絡先  (緊急連絡先) | 〒 | | | | | | | | | |
| 氏 名 等 |  | | 続柄 |  | | 電話 |  | | |
| 出願資格 | 大学　　　　　　　　　　学部　　　　　　　　　　学科  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　卒業 ・ 卒業見込 | | | | | | | | | |
| 免許取得年月  （免許番号） | 看護師　　　　年　　　月  （　　　　　　　　　　） | | | | | 保健師　　　　年　　　月  （　　　　　　　　　　） | | | | |
| 学　歴  高等学校以上を記入のこと | 履　　　　　　　　歴 | | | | | | | | | |
| 年月日 | | 事　　　項 | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | |
| 職　歴 |  | |  | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 大学受付印 | 銀行収納印 |
|  | 取扱銀行収納印 |