

個別の入学資格審査申請書

日本赤十字北海道看護大学長様

申請番号	※
------	---

私は、貴大学院看護学研究科共同看護学専攻(博士課程)の入学試験への出願を希望します。
つきましては、個別の入学資格審査を受けたく、所定の書式を添えて提出します。

フリガナ		性別	年齢
氏名		男・女	歳
生年月日	昭和・平成	年月日	
現住所	〒一		
	電話番号	固定電話:	携帯電話:
	E-mail	@	
結果通知等 送付先 (連絡先)	〒一 <input type="checkbox"/> 現住所と同じ		
	電話番号	固定自宅:	携帯携帯:
	E-mail	@	

- 注1. ※欄(申請番号)は記入しないでください。
 2. 「性別」、「平成・昭和」は、該当する項目を○で囲んでください。
 3. 結果通知等の送付先(連絡先)は、現住所と異なる場合のみ記入してください。

履歴欄

和暦で記入してください。履歴欄が不足した場合は、別紙で作成してください。

学歴(高等学校以降、最終学歴まで記入してください。在学中を含みます。)	
昭・平・令 年月～	
昭・平・令 年月	
昭・平・令 年月～	
昭・平・令 年月	
昭・平・令 年月～	
昭・平・令 年月	
昭・平・令 年月～	
昭・平・令 年月	
昭・平・令 年月～	
昭・平・令 年月	

裏面も記入してください。

職歴	
(職名及び職位も記入してください。現職も含みます。)	
昭・平・令 年 月～	
昭・平・令 年 月	
昭・平・令 年 月～	
昭・平・令 年 月	
昭・平・令 年 月～	
昭・平・令 年 月	
昭・平・令 年 月～	
昭・平・令 年 月	
賞罰	
昭・平・令 年 月	
取得免許	
(下記免許を有する場合は、取得年月および免許番号を記入してください。)	
看護師	昭・平・令 年 月取得 免許番号 ()
保健師	昭・平・令 年 月取得 免許番号 ()
助産師	昭・平・令 年 月取得 免許番号 ()
院内外における研究・活動 (学会・委員会活動等)	
年 月 日	研究・活動内容等

※出願書類に記載された内容等、選抜を通じて取得した個人情報については、入学者選抜並びに必要に応じ入学後の学籍管理、学習指導及び学生支援関係業務において利用し、この目的以外には利用しません。