

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	〒 ー			
	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)	〒 ー <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	
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	
昭・平・令 年 月	
昭・平・令 年 月	
昭・平・令 年 月	
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な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。