sample

一般

受験番号	＊

＊欄は記入しないでください。

入　学　願　書

令和　　年　　月　　日

新潟県立新発田病院附属看護専門学校長　　様

現住所

氏　名

昭和
　　年　　月　　日生
平成

新潟県立新発田病院附属看護専門学校に入学したいので、別紙関係書類を添えて出願します。

sample

一般

受験番号	＊

令和９年度生　新潟県立新発田病院附属看護専門学校　一般入学選考

履　歴　書

記載日　令和　年　　月　　日

ふりがな		男・女	写真貼付欄 提出前６か月以内に写した正面上半身脱帽のもの 縦 4cm×横 3cm 裏面に氏名を記入
氏　　名			
生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日生　（年齢　　歳） （西暦　　年）　＊令和９年４月１日現在の年齢		
現 住 所	〒（　　－　　）		撮影年月日 令和　　年　月　日
連絡先電話番号①	―　　―	本人・その他（　　）	
連絡先電話番号②	―　　―	本人・その他（　　）	

	学　校　名	入学卒業等年月
学歴		昭･平･令　　年　月　入学 昭･平･令　　年　月　卒業、卒業見込み、中退
		昭･平･令　　年　月　入学 昭･平･令　　年　月　卒業、卒業見込み、中退
		昭･平･令　　年　月　入学 昭･平･令　　年　月　卒業、卒業見込み、中退
職歴	勤　務　先	在　職　期　間
		昭･平･令　　年　　月　　日 入社 昭･平･令　　年　　月　　日 在職中・退社
		昭･平･令　　年　　月　　日 入社 昭･平･令　　年　　月　　日 在職中・退社

志願理由	

（注）１　＊欄は記入しないでください。
２　黒のボールペンで丁寧に記入してください。
３　学歴は、高等学校卒業又は中等教育学校後期課程修了からすべてのものを記入してください。
４　職歴がない場合は、「なし」と記入してください。
５　電話番号①②は常時連絡がつく番号を記載してください。（保護者等の携帯番号を含む）

sample

一般　令和９年度生

新潟県立新発田病院附属看護専門学校

受　　験　　票

受験番号	※
ふりがな	
氏　　名	

写真貼付欄

願書提出前６か月以内
に写した正面上半身
脱帽のもの

縦４㎝×横３㎝

裏面に氏名を記入

注意 1.　※欄は記入しないでください。
2.　本票は、受験の際には必ず持参してください。
3.　本票は、個人情報の情報提供をする際に必要となりますので大切に保管しておいてください。

（切り離さないでください）

一般　令和９年度生

新潟県立新発田病院附属看護専門学校

写　真　台　紙

受験番号	※
ふりがな	
氏　　名	

写真貼付欄

願書提出前６か月以内
に写した正面上半身
脱帽のもの

縦４㎝×横３㎝

裏面に氏名を記入

注意　※欄は記入しないでください。

sample

一般

受験番号	＊

＊欄は記入しないでください。

入学考査料納付証明書提出票

氏　名

金融機関から受領した「入学考査料納付証明書（看護学校提出用）」又はＡＴＭ（現金自動預払機）の明細書等の複写

はがれないように貼り付けてください。

振込依頼書（新潟県立新発田病院附属看護専門学校入学考査料

sample

一般入学選考

黒のボールペンで記入してください。

依頼日	令和　年　月　日		振込指定	電信扱	手数料（消費税含む）		
振込先銀行	第四北越銀行　県庁支店				金額	¥9,600	
受取人 預金種目	普通	口座番号	1035206				
受取人 フリガナ	ニイガタケンリツシバタビョウイン　カナイケンイチ						
受取人 口座名	新潟県立新発田病院　金井健一						
依頼人（志願者） フリガナ 氏名	0 0 1						
依頼人（志願者） 漢字 氏名							
依頼人（志願者） 住所	〒 日中連絡先TEL（　　）ー（　　）ー（　　）						

受付期間

令和８年11月２日（月）から
令和８年11月17日（火）まで

＊金融機関の窓口（ゆうちょ銀行を除く。）で振り込む場合は、必ずこの用紙を使用してください。
この用紙は、ATM（現金自動預払機）による振り込みはできません。

金融機関へお願い
・フリガナ欄を001から最後まで打電してください。
・振込手数料を徴収してください。

金融機関
収納印
（金融機関保管）

金融機関が切り離してください

振込金及び手数料領収書

（志願者保存用）

一般入学選考

依頼日	令和　年　月　日
金額	¥9,600
手数料（消費税含む）	
（フリガナ）依頼人（志願者）	
受取人	第四北越銀行県庁支店普通1035206 新潟県立新発田病院　金井健一

新潟県立新発田病院附属看護専門学校
一般入学考査料として上記の金額正に領収しました。

金融機関
収納印
（志願者保管）

志願者が切り離してください

入学考査料納付証明書

（看護学校提出用）

一般入学選考

依頼日		令和　年　月　日
金額		¥9,600
志願者	住所	〒
志願者	（フリガナ）氏名	
受取人		新潟県立新発田病院　金井健一

金融機関
収納印
（学校保管）