

sample

社会人

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。

社会人

受験番号

*

sample

令和9年度生 新潟県立新発田病院附属看護専門学校 社会人入学選考

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 歴	学 校 名	入 学 卒 業 等 年 月		
		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
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
		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
		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	

- (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 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)
5 学歴・職歴が書ききれない場合は、裏面に記入してください。

社会人

受験番号

*

sample

令和9年度生 新潟県立新発田病院附属看護専門学校 社会人入学選考

志 願 理 由 書

氏 名

(1) 新潟県立新発田病院附属看護専門学校を志願した理由を述べてください。(200字程度)

(2) 社会人の就労経験を通して、新潟県立新発田病院附属看護専門学校で学習する上で、あなた自身の強みとなることを述べてください。(400字程度)

(3) 看護師の資格を取得した後、どのような看護師を目指していきたいと考えていますか。
(400 字程度)

(4) 将来県内の病院・施設で就業するとき、どのように働きたいか述べてください。(200 字程度)

- (注) 1 *欄は記入しないでください。
2 必ず志願者本人が自筆により、黒のボールペンで丁寧に記入してください。

社会人

令和9年度生

sample

社会人

令和9年度生

新潟県立新発田病院附属看護専門学校

新潟県立新発田病院附属看護専門学校

受験票

写真台紙

受験番号	※
ふりがな	
氏名	

受験番号	※
ふりがな	
氏名	

(切り離さないでください)

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4cm×横3cm

裏面に氏名を記入

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4cm×横3cm

裏面に氏名を記入

- 注意
- ※欄は記入しないでください。
 - 本票は、受験の際には必ず持参してください。
 - 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。

注意 ※欄は記入しないでください。

sample

社会人

受験番号

*

*欄は記入しないでください。

入学料納付証明書提出票

氏 名

金融機関から受領した「入学料納付証明書（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

振込金及び手数料領収書

入学考査料納付証明書

黒のボールペンで記入してください。

社会人入学選考

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						
	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								
	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									受付期間 令和8年 9月17日(木)から 令和8年10月 2日(金)まで
	氏名	0	0	1						
	漢字									
	氏名									
	住所	〒 日中連絡先TEL()-()-()								

金融機関が切り離してください

(志願者保存用)
社会人入学選考

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

志願者が切り離してください

(看護学校提出用)
社会人入学選考

依頼日	令和 年 月 日	
金額	¥9,600	
志願者	住所	〒
	(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

収納印

(志願者保管)

金融機関

収納印

(学校保管)

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