

※ **A4サイズ**で印刷してください。

受験番号	※
------	---

※印欄は記入しないでください。

令和 7 (2025) 年度
熊本保健科学大学 公衆衛生看護学専攻科 入学志願票

		西暦	年	月	日現在
入試区分 *該当するものに○	推薦選抜(本学枠) ・ 推薦選抜(一般枠) ・ 一般選抜				
フリガナ				性別 *該当するものに○	男・女
氏 名					
生年月日	西暦	年	月	日	【令和 7 (2025) 年 4 月 1 日現在の年齢 歳】
現 住 所	□□□-□□□□		電話・携帯電話 — — (日中に連絡が取れる電話番号)		
緊急連絡先 *現住所と連絡先が異なる場合記入	□□□-□□□□		電話・携帯電話 — —		
出身 大学等	大学	学部	学科	西暦	年 月 卒業・卒業見込
出身看護師 養成校 *出身大学等と異なる場合記入	大学 短期大学 専門学校 高等学校	学部	学科 課程	西暦	年 月 卒業・卒業見込
学 歴 *高等学校以降の 学歴を全て記入	西暦	年	月	高等学校 科 卒業	
	西暦	年	月		
	西暦	年	月		
	西暦	年	月		
	西暦	年	月		
	西暦	年	月		
看護師免許 *取得済みの 方のみ記入	西暦	年	月	日	取得 免許番号 号

注意事項 1. 黒のボールペン等を使用し、丁寧に記入してください。
2. 誤って記入した場合は、該当部分を二重線で抹消し、訂正印を押してください。

* 記入いただいた個人情報、熊本保健科学大学の入学者を選抜するという目的の為に利用するものであり、本学以外の第三者に提供または公表しません。