※ 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 9（2027）年度
熊本保健科学大学 助産別科 入学資格等確認票

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（社会人特別枠）・ 推薦選抜（一般枠） 一般選抜	
フリガナ		
氏　　名		
出願資格	看護学校等 又は勤務施設の名称	
	看護学校等の場合 学科名又は専門課程名	
大学入学資格 ＊何れかを選択し記入	☐ 高等学校卒業 ⇒（　　高等学校　西暦　　年　　月卒業 ） ☐ 高等学校卒業程度認定試験(旧大学入学資格検定試験)合格 ⇒（ 西暦　　年　　月合格 ） ☐ その他 ⇒　　（　　）	

学　歴 注)高等学校卒業から全てのものを記入のこと		
	西暦　　年　　月	高等学校　　科 卒業
	年　　月	
	年　　月	
	年　　月	
	年　　月	

看護師免許取得後の 職　歴	勤務期間	医療機関名	診療科名
	年　月～　年　月		
	年　月～　年　月		
	年　月～　年　月		
	年　月～　年　月		
	年　月～　年　月		
	年　月～　年　月		

取得免許 ＊免許取得者は記入	
	☐ 看護師免許（西暦　　年　　月取得 免許番号:　　）
	☐ 保健師免許（西暦　　年　　月取得 免許番号:　　）

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は、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いたしません。