**教員・教育担当者養成課程 介護コース 入学願書**

（様式１）

受験番号

（西暦）　　　　　年　　　月　　　日

神奈川県立保健福祉大学長　様

　神奈川県立保健福祉大学実践教育センターに入学したいので、関係書類を添えて申し込みます。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  氏　名 | | （西暦）　　　　年　　月　　日生　　　　歳 | | | 写真貼付欄 |
| ・上半身脱帽正面向き  縦４㎝×横３㎝  （背景なし）  ・最近３か月以内に撮影  ・写真の裏に氏名を記入してのり付け |
| 現住所 | | 〒　　　　　－    　　　　　　　　TEL　　　　(　　　　) | | |
| 日中の連絡先 | | TEL　　　　(　　　　) | | | 年　　月撮影 |
| Ｅメールアドレス | |  | | | |
| 出願時の所属先 | ふりがな  名　称 |  | | | |
| 所在地 | 〒　　　　　－  　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL　　　　(　　　　) | | | |
| 職　種 |  | 職　位 |  | |
| ホームページへの掲載 | | 合格発表の際、受験番号を実践教育センターホームページへ掲載することに  （どちらかに✔点）　□同意します。　　　□　同意しません。 | | | |

* + - 派遣などにより所属先と勤務先が異なる場合は、勤務先を記入してください

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 出願時の勤務先 | ふりがな  名　称 |  | | |
| 所在地 | 〒　　　　　－  　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL　　　　(　　　　) | | |
| 職　種 |  | 職　位 |  |

２ページ目も記入してください。

（1/2ページ）

（様式１）

（志望の理由・学びたいこと）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 出願資格にかかる免許・資格　※該当する資格に○をつけてください。 | | | | | |
| 介護福祉士 | 医　　　師 | 保　健　師 | 助　産　師 | 看　護　師 | 社会福祉士 |
|  |  |  |  |  |  |

（2/2ページ）