**栄養ケア・マネジメント課程入学願書**

（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 |  |
| 出願時の勤務先 | 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。　　 |

|  |
| --- |
| （志望の理由・学びたいこと） |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

(1/2ﾍﾟｰｼﾞ)

２ページ目も記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 管理栄養士免許取得後の職歴 | 期　　　　間 | 勤務先名称 | 担当職務 |
| （西暦）　　　　　年　　月～　　　　年　　月 | 　 |  |
| 常勤　　　　　　　　　　　　　　　年　か月 |
| 非常勤（週　　時間程度）　　　　　年　か月 |
| （西暦）　　　　　　年　　月～　　　年　　月 |  |  |
| 常勤　　　　　　　　　　　　　　　年　か月 |
| 非常勤（週　　時間程度）　　　　　年　か月 |
| （西暦）　　　　　年　　月～　　　　年　　月 |  |  |
| 常勤　　　　　　　　　　　　　　　年　か月 |
| 非常勤（週　　時間程度）　　　　　年　か月 |
| （西暦）　　　　　年　　月～　　　　年　　月 |  |  |
| 常勤　　　　　　　　　　　　　　　年　か月 |
| 非常勤（週　　時間程度）　　　　　年　か月 |
| （西暦）　　　　　年　　月～　　　　年　　月 |  |  |
| 常勤　　　　　　　　　　　　　　　年　か月 |
| 非常勤（週　　時間程度）　　　　　年　か月 |
| （西暦）　　　　　年　　月～　　　　年　　月 |  |  |
| 常勤　　　　　　　　　　　　　　　年　か月 |
| 非常勤（週　　時間程度）　　　　　年　か月 |
| （西暦）　　　　　年　　月～　　　　年　　月 |  |  |
| 常勤　　　　　　　　　　　　　　　年　か月 |
| 非常勤（週　　時間程度）　　　　　年　か月 |
| （西暦）　　　　　年　　月～　　　　年　　月 |  |  |
| 常勤　　　　　　　　　　　　　　　年　か月 |
| 非常勤（週　　時間程度）　　　　　年　か月 |
| （西暦）　　　　　年　　月～　　　　年　　月 |  |  |
| 常勤　　　　　　　　　　　　　　　年　か月 |
| 非常勤（週　　時間程度）　　　　　年　か月 |
| （西暦）　　　　　年　　月～　　　　年　　月 |  |  |
| 常勤　　　　　　　　　　　　　　　年　か月 |
| 非常勤（週　　時間程度）　　　　　年　か月 |
| （西暦）　　　　　年　　月～　　　　年　　月 |  |  |
| 常勤　　　　　　　　　　　　　　　年　か月 |
| 非常勤（週　　時間程度）　　　　　年　か月 |
| （西暦）　　　　　年　　月～　　　　年　　月 |  |  |
| 常勤　　　　　　　　　　　　　　　年　か月 |
| 非常勤（週　　時間程度）　　　　　年　か月 |
| 実務経験年数（通算）　　　年　　か月 | ※ 2024年３月末現在（予定）まで記入してください。 |

（様式１）

（「実務経験年数（通算）」は記入不要です）

　※勤務形態は、「常勤」「非常勤」のどちらかに○をつけ、その年月数を記入してください。

(2/2ﾍﾟｰｼﾞ)