（様式１）

受験番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

栄養ケア・マネジメント課程入学願書

（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）

２ページ目も記入してください。

（様式１）

	期　　間	勤務先名称	担当職務
管理栄養士免許取得後の職歴	（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。	

（「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」のどちらかに〇をつけ、その年月数を記入してください。