（様式１）

受験番号＿＿＿＿＿＿＿＿

感染管理認定看護師教育課程入学願書

（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。

<table>
<tr><td colspan="2">ふりがな
氏　名</td><td colspan="3">（西暦）　　年　　月　　日生　　歳</td><td>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</td></tr>
<tr><td colspan="2">現住所</td><td colspan="3">〒　　－
TEL　　（　　）</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">日中の連絡先</td><td colspan="3">TEL　　（　　）</td><td>年　　月撮影</td></tr>
<tr><td colspan="2">Ｅメールアドレス</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">出願時の勤務先</td><td>ふりがな
名　称</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="4">〒　　－
TEL　　（　　）</td></tr>
<tr><td>職　種</td><td></td><td>職　位</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">ホームページへの掲載</td><td colspan="4">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。</td></tr>
</table>

（志望の理由・学びたいこと）