**感染管理認定看護師教育課程入学願書**

（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 | | | 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 |
| メールアドレス | |  | | | |
| 出願時の勤務先 | ふりがな  法人名等 |  | | | |
| 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。 | | | |

（受講動機・学びたいこと）