

受験番号 _____

教員・教育担当者養成課程 介護コース 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			写真貼付欄	
	(西暦) 年 月 日生		<ul style="list-style-type: none"> ・上半身脱帽正面向き 縦4cm×横3cm (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 所属先	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) <input type="checkbox"/> 同意します。 <input type="checkbox"/> 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 法人名等			
	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。

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