模擬面接申込書

ふりがな		学校名・学年	
氏名		高校 (　　)年 ・ 既卒	
現住所	〒		
電話番号		携帯	
メール アドレス			

	志望校	どちらかに〇	
第1志望		一般 ・ 推薦	試験日　　月　　日
		小論有 ・ 小論無	発表日　　月　　日
第2志望		一般 ・ 推薦	試験日　　月　　日
		小論有 ・ 小論無	発表日　　月　　日

看護師志望理由

本校志望理由(第一志望校のみ)

自己PR

◆参加希望日に〇 (複数可)	11月	2(金)	6(火)	14(水)	21(水)	29(木)	12月	5(水)	11(火)	19(水)	
	その他希望日　　月　　日						希望時間帯:(　　～　　)				

◆申し込み・問い合わせ	〒164-0001　東京都中野区中野5-44-3　中野共立病院　看護学生室　粉川
	FAX　03-6681-1389　　TEL　03-3387-3041　/　080-3456-7495

※一日の受け入れ人数に限りがあります。申し込まれた方には電話かメールにて決定日をお知らせします。