

2019模擬面接申込書

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

	志望校	どちらかに○	
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○ (複数可)	9月・10(火)・19(木)・26(木)	希望 時間帯	(:) ~ (:)
	10月・3(木)・9(水)・15(火)・25(金)		

◆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
	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。