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** ・7(木) ・13(水) ・21(木) ・26(火) **12月** ・6(金) ・17(火)	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
	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。