

受験番号 \_\_\_\_\_

## 多職種連携推進課程入学願書

(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	性別 (    )  (西暦)                      年                      月                      日生                      歳	写真貼付欄  ・上半身脱帽正面向き 縦 3 cm × 横 3 cm (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                      (                      )	年                      月撮影	
日中の連絡先	TEL                      (                      )		
出願時の勤務先	ふりがな 名称		
	所在地	〒                      -  TEL                      (                      )	
	職 種	職 位	
神奈川県内 在住の確認	<input checked="" type="checkbox"/> 該当する場合 ✓ 点 <input type="checkbox"/> 私は、この入学選考の合格発表の日の 1 年前の日から引き 続き神奈川県内に住所を有する見込みです。		
ホームページ への掲載	合格発表の際、受験番号を本学ホームページへ掲載することに <input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない		

(志望の理由・学びたいこと) \*簡条書きでも可

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

2 ページ目も記入してください。

資格等 保健・医療・福祉関連の免許・	免許・資格（登録番号）等		取得年月	
	(登録番号第 号)		(西暦)	年 月
	(登録番号第 号)		(西暦)	年 月
	(登録番号第 号)		(西暦)	年 月
	(登録番号第 号)		(西暦)	年 月
	(登録番号第 号)		(西暦)	年 月
	(登録番号第 号)		(西暦)	年 月
職歴	期 間	勤務先名称	所属部署名	担当職務
	(西暦) 年 月～ 年 月			
	常勤 年 か月			
	非常勤（週 時間程度） 年 か月			
	(西暦) 年 月～ 年 月			
	常勤 年 か月			
	非常勤（週 時間程度） 年 か月			
	(西暦) 年 月～ 年 月			
	常勤 年 か月			
	非常勤（週 時間程度） 年 か月			
	(西暦) 年 月～ 年 月			
	常勤 年 か月			
	非常勤（週 時間程度） 年 か月			
	(西暦) 年 月～ 年 月			
	常勤 年 か月			
	非常勤（週 時間程度） 年 か月			
	<b>実務経験年数（通算）</b> 年 か月	※ 2018 年 3 月現在（予定）まで記入してください。		

「実務経験年数（通算）」は記入不要です

※勤務形態は、「常勤」「非常勤」のどちらかに○をつけ、その年月数を記入してください。