

# 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○			
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
第3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)	11月	8(水)	14(火)	21(火)	30(木)	12月	6(水)	12(火)	19(火)
	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。