申請年月日　　　　　年　　　月　　　日

保健師選択コース申請書

|  |  |
| --- | --- |
| 入学年度 | 　　　　　　　　　年度 |
| 学年 | 　　　　　　　　　年 |
| 学籍番号 |  |
| フリガナ氏名 |  |
| 生年月日 | 　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日　　　　　　（　　　　　　　歳） |
| 現住所※実習地の検討に参考にする可能性があります。 | （〒　　　　　　　　）　　 |
| TEL:　　　　　　　　　　　　　　　　FAX: |
| 学内e-mail: |
| 利用鉄道路線名 |  | 最寄り駅名 |  |
| 他コース併願の有無 | （　　　）併願あり　　　　　　（　　　）併願なし |
| 併願ありの者は履修を優先するコースに○を記入 | （　　　）保健師選択コース　　（　　　）助産師選択コース（　　　）5年一貫教育プログラム（　　　）保健師選択コース・5年一貫教育プログラム |
| 注意：枠は変更せずに記入をしてください |
| ＜志望の動機について＞ |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| ＜保健師選択コース履修に向けた準備について＞ |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| ＜将来取り組んでみたいことについて＞ |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |