申請年月日　　　　　年　　　月　　　日

助産師選択コース申請書

※必要事項を**自筆**で記入してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 入学年度 | | 年度 |
| 学籍番号 | |  |
| フリガナ  氏名 | |  |
| 生年月日 | | 年　　　　　月　　　　　日　　　　　　（　　　　　　　歳） |
| 現住所 | | （〒　　　　　　　　） |
| TEL:　　　　　　　　　　　　　　　　FAX: |
| 学内e-mail: |
| 保　証　人 | 氏　名 |  |
| 住　所 | 現住所と相違する場合のみ記入  （〒　　　　　　　　） |
| TEL:　　　　　　　　　　　　　　　　FAX: |
| □　募集要項の記載内容を熟知・同意しました（☑は必須） | | |
| ＜以下は該当する場合のみチェックをしてください＞  □　保健師選択コースの履修を許可されている者  □　５年一貫教育プログラムへの出願を考えている者 | | |
| ＜志望の動機について＞ | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
| ＜助産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＞ | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |