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＞ |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |