

2026 年度 長野保健医療大学大学院 入学願書

長野保健医療大学 学長 殿			受験番号	※
ふりがな			性別	写真貼付欄 1 正面上半身 脱帽 無背景 2 縦 4 cm×横 3 cm 3 出願前 3 ヶ月 以内撮影 4 裏面に記名す ること 5 全部糊付けす ること
志願者氏名 (自署)			男・女	
生年月日	年 月 日 生 (才)			
受験期別	一般入学 社会人入学	I 期 II 期		
長期履修	希望する 希望しない			
現住所	〒 電話番号 () — 携帯電話 () —			
学歴 (高等学校卒業以降を記入してください)				
年 月		高等学校卒業		
年 月～ 年 月				
年 月～ 年 月				
職歴 (退職・在職中など具体的に記入してください)				
年 月～ 年 月				
年 月～ 年 月				
年 月～ 年 月				
年 月～ 年 月				
医療系国家 資格取得	国家資格名	取得(見込)年月	登録番号	
		年 月 取得(見込)	第 号	
		年 月 取得(見込)	第 号	
		年 月 取得(見込)	第 号	
その他認定 資格等取得		年 月 取得(見込)	第 号	
		年 月 取得(見込)	第 号	
		年 月 取得(見込)	第 号	
入学後の身分について		大学院のみに在学 社会人在職 (常勤 非常勤) ※社会人で在職のまま就学する場合は「就学承諾書」を提出していただきます。		
同窓生入学金特典について		私は長野医療技術専門学校・長野保健医療大学の卒業生のため、入学金特典(半額免除)に申請します。 申請者自署 _____		
記入上の 注意事項	太字は該当に○をすること。年は全て西暦で記入のこと。志願者氏名欄は自署のこと。 他の欄は MS 明朝入力(フォントサイズ指定無し)で構いません。			