

応募される際、この連絡票をコピーして頂き、FAXにてお送りください
FAX 0166-36-0222

株式会社エクセルシオール宛

2020年 月 日

応募連絡票

発信者	() 進路指導部の先生	() 担任の先生	() 生徒本人
-----	--------------	-----------	----------

発信者の方は、○印をご記入ください。

御高校名	<input type="checkbox"/> 高等学校 <input type="checkbox"/> 全日制 <input type="checkbox"/> 定時制	ご担当先生名
------	---	--------

ふりがな		
応募生徒名		男 女

ご希望の「病院」と、「学校」に○印を記入して下さい。		
() 湯河原胃腸病院	[看護大学]	[看護専門学校]
() 山近記念総合病院	[看護大学]	[看護専門学校]
() 高台病院	[看護専門学校]	[介護士➡専門学校]
() 相模台病院	[看護大学]	[看護専門学校] [看護助手➡専門学校]
() 相武病院	[看護大学]	[看護専門学校] [看護助手➡専門学校]
() 上白根病院	[看護大学]	[看護専門学校] [看護助手➡専門学校]

受験形態	推薦・一般	設定平均値
------	-------	-------

受験学校名	第一希望
	第二希望

生徒様ご本人からの、お申し込みの場合は、下記の欄をお書き下さい

ご住所	〒 -
携帯番号	

今年度、下記の病院は看護奨学生募集を【中止】いたします。

行田総合病院(埼玉県行田市) 足立東部病院(東京都足立区) 西湖病院(神奈川県小田原市)

きりとり線