

2026 年度
入 試 願 書

受験番号	
------	--

一般社団法人江戸川区医師会
江戸川看護専門学校 学校長 小 林 裕 之

写 真
(4cm×3cm)

写真の裏面に
記名してください

西 暦 2025 年〇〇月〇〇日

入 試 種 別 (○で囲んでください)	1 指定校推薦	2 一般推薦	3 社会人	④ 一般
ふ り が な	え ど が わ は な こ			
氏 名	江 戸 川 花 子			
生 年 月 日	西 暦 2007 年 4 月 2 日	年 齢 18 歳	性 別 女	
ふ り が な				
現 住 所	〒 134 - 0015 東京都江戸川区西瑞江 5-1-6 電話 03 - 5667 - 8338 携帯 090 - 1234 - 5678			
学 歴	入 学 年 月 (西 暦)	卒 業 年 月 (西 暦)	学 校 名	
	2023 年 4 月	2026 年 3 月	東京都立〇〇〇 高等学校 1 卒業 ②卒業見込	
	年 月	年 月		
	年 月	年 月		
職 歴	就 職 年 月 (西 暦)	退 職 年 月 (西 暦)	勤 務 先	
	年 月	年 月		
	年 月	職歴がある方は記入		
	年 月	年 月		
志 願 理 由				
	志 願 理 由 を 記 入			

入試検定料振込控添付欄

振込先
みずほ銀行 小松川支店 普通預金 口座番号：1169178 一般社団法人 江戸川区医師会 江戸川看護専門学校

2026年度入試受験票（控）

入試種別 (○で囲んでください)	1 指定校 推薦	2 一般 推薦	3 社会人	④ 一般
受験番号	記入しない			
ふりがな	えどがわ はなこ			
氏名	江戸川 花子			
試験日	西暦 2025 年 12 月 13 日			
選択科目 (一般のみ○で 囲んでください)	小論文・数学Ⅰ・生物基礎			

写真

(4cm×3cm)

写真の裏面に
記名してください一般社団法人江戸川区医師会
江戸川看護専門学校

2026年度入試受験票

入試種別 (○で囲んでください)	1 指定校 推薦	2 一般 推薦	3 社会人	④ 一般
受験番号	記入しない			
ふりがな	えどがわ はなこ			
氏名	江戸川 花子			
試験日	西暦 2025 年 12 月 13 日			
選択科目 (一般のみ○で 囲んでください)	小論文・数学Ⅰ・生物基礎			

写真

(4cm×3cm)

写真の裏面に
記名してください一般社団法人江戸川区医師会
江戸川看護専門学校