

入 学 願 書

一般二次 C

公益社団法人神戸市民間病院協会 神戸看護専門学校への入学を志望します。

年 月 日

医療専門課程 看護学科 (3年課程)

受 験 番 号 ※

フリガナ				年 月 撮影
志願者氏名	男 ・ 女			写 真 貼 付 欄 4×3 ・3か月以内に写した上半身無帽の写真 ・裏面に氏名記入
生年月日(西暦)	年	月	日 (歳)	
志願者住所	〒			
連絡先	電話番号(— —)メールアドレス 携帯番号(— —)()			
出身 高校 等	高等学校・中等教育学校名	所在地(市町村)		卒業年月(西暦)
		県		年 月
	高等学校卒業程度認定試験 年 月 日 合格			
学 歴	期 間 (西暦)	学校 (大学・短大・専門学校等)	所在地 (市町村)	学部・専門 (卒業・退学) 等
	年 月 日～ 年 月 日 (年 ヲ月)		県	(卒業・退学)
	年 月 日～ 年 月 日 (年 ヲ月)		県	(卒業・退学)
職 歴	期 間 (西暦)	会 社 名	勤務地 (市町村)	業 務 内 容 等
	年 月 日～ 年 月 日 (年 ヲ月)		県	
	年 月 日～ 年 月 日 (年 ヲ月)		県	
	年 月 日～ 年 月 日 (年 ヲ月)		県	
	年 月 日～ 年 月 日 (年 ヲ月)		県	

記載上の注意 ①※印欄は記入しないこと ②記入はすべて自筆、楷書、ペン書きのこと

この書類で記入を求めている個人情報、入学試験の合否判定及び入学後の学籍管理のみに利用し、他の目的には利用いたしません。

西暦 年 月 日

公益社団法人神戸市民間病院協会
神戸看護専門学校長 様

病院名 _____

代表者職名 _____

代表者氏名 _____ (印)

神戸看護専門学校 2027年度入学試験
「一般入試 二次C (会員病院推薦)」
推 薦 書

下記の者を貴校の志願者として推薦します。

記

1. 氏 名 _____

生年月日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

2. 所属先 _____

3. 現在の職種 ・看護助手 ・介護福祉士 ・その他 (_____)

4. 勤続年数 _____ 年 _____ カ月 (西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日時点)

志望動機
自己PR

一般二次 C

医療専門課程 看護学科 (3年課程)	
受験番号	※

フリガナ	
氏名	

記入はすべて自筆、楷書、ペン書きのこと。

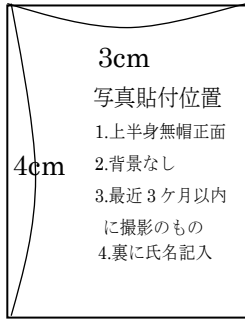
看護師志望動機	
自己の強みと課題	
病院又は施設勤務で身についた力	
入学後の目標	

一般二次 C 2027 年度 受験票

※受験番号	No.
ふりがな	
氏名	
生年月日(西暦)	年 月 日
試験日	2027 年 1 月 7 日(木)
試験会場	神戸看護専門学校

注意事項

1. この受験票は試験当日必ず携行すること
2. ※印欄は記入しないこと



公益社団法人神戸市民間病院協会
神戸看護専門学校

¥20,000-
上記金額は本年度受験料として領収しました。

左記受験票を枠線に沿って切り取り、ご送付ください

II 出願手続き (※全ての書類を角2封筒に入れ、簡易書留にて郵送)

提出書類等	一般入学試験(二次)		
	二次 A	二次 B (会員病院就業経験有)	二次 C (会員病院推薦)
① 入学願書(様式2号)	様式第2号-7	様式第2号-8	様式第2号-9
② 推薦書(様式第3号)	—	—	様式第3号-4
③ 志望の動機(様式第4号)	様式第4号-7	様式第4号-8	様式第4号-9
④ 受験票 氏名・生年月日を記入	○	○	○
⑤ 写真2枚 縦4cm×横3cm 3ヶ月以内に撮影した上半身・無帽・ 正面・背景なしのもので、裏面に氏 名記入 (※注1)	○	○	○
⑥ 調査書(厳封)又は成績証明書 (コピー不可) 高等学校又は中等教育学校の 卒業(見込)校のもの (※注2) (※注3) (※注5)	○	○	○
⑦ 卒業(見込)証明書(コピー不可) 高等学校又は中等教育学校の 卒業(見込)校のもの (※注2) (※注4) (※注5)	○	○	○
封筒 ⑧ 受験票返送用封筒(長3)に460 円分の切手を貼付し住所、氏名 を記入 (※注6)	○	○	○
⑨ 入学検定料20,000円 振込後、A入学検定料納付書の み郵送	○	○	○

(※注1) ①入学願書と④受験票に貼付

(※注2) 大学、短期大学、専門学校等のものは提出不要
高等学校又は中等教育学校の卒業(見込)校のものを提出して下さい

(※注3) 出身校に確認の上、卒業後5年以上のため調査書または成績証明書が発行されない場合は提出不要
なお、卒業後5年経過している場合でも卒業証明書は提出が必要
高等学校卒業程度認定試験合格後5年以上経過していない場合は合格成績証明書の提出が必要

(※注4) 調査書または成績証明書に卒業(見込)年月の記載があれば提出不要

(※注5) 現在の氏名と異なる場合は抄本等(コピー可)を提出

(※注6) 封書料に簡易書留料金を足した額の切手を貼付してください

※提出された書類および検定料等は、一切返還致しません。

※入学願書等で記入を求めている個人情報、入学選考試験の合否判定及び入学後の学籍管理のみに
利用するもので、他の目的には利用致しません。

注意事項

- (1) 願書は期間内の郵送のみ受け付けます。窓口にお越し頂いても受付は致しませんので、早めにご準備ください。
- (2) 高等学校卒業程度認定試験に合格された方は、合格年月日を記入してください。本校では合格された日を卒業年月日としますので、受験資格の「2年以上の就業経験」の年数にご注意ください。
- (3) 就業経験とは高等学校又は中等教育学校を卒業、もしくは高等学校卒業と同等以上の学力を有したのち、願書出願時点で2年以上の就業経験です。
- (4) 高等学校卒業程度認定試験合格後5年以上経過していなければ成績証明書が必要です。
- (5) 兵庫県民間病院協会の会員病院は兵庫県民間病院協会の HP にてご確認ください。



- (6) 入学検定料の納付については入学検定料振込注意事項をよく読んでください。
 - ① 銀行窓口を利用する場合、金融機関の窓口対応時間にご注意ください。
 - ② 銀行等の ATM を利用する場合、振込依頼人の名前の前に必ず入試コードを入力してください。「利用明細表」を振込用紙の右上に貼ってください。(コピー可)
- (7) その年度において複数受験される場合は出願手続きの負担軽減のため、一度提出された調査書または成績証明書、卒業(見込)証明書、抄本等は再度利用します。その都度証明書は必要ありません。
再出願する場合は検定料を振込み、願書、志望の動機、受験票、検定料振込用紙、封筒、前回の受験番号がわかるものを同封のうえ郵送してください。
- (8) 願書には日中必ず連絡がとれる連絡先を記入してください。書類等について問い合わせる場合があります。

2027 年度入学試験会場のご案内

公益社団法人神戸市民間病院協会 神戸看護専門学校

650-0013 神戸市中央区花隈町 33-19

TEL:078-351-0657

- JR「元町」駅西口徒歩 10 分
- 阪神「元町」駅西口徒歩 10 分
- 神戸市営地下鉄「県庁前」駅西出口 4 徒歩 5 分
- 阪急・神戸高速「花隈」駅東口徒歩 5 分

