

2027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 2026 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 2008年 4月 2日	年齢	性別	
		18 歳	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	
	2024年 4月	2027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		
職歴	就職年月(西暦)	退職年月(西暦)	勤務先	
	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
--

見本

# 2027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 2026年 12月 19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

見本

# 2027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 2026年 12月 19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