

別紙 Ⅰ
市 町 村 長 様
(

課扱い)

特定市町村推薦入学推薦願

水戸市医師会看護専門学院准看護学科受験の特定市町村推薦を受けたいので申請します。

令和 年 月 日

本 人 住 所

氏 名 ⑩

生年月日 昭・平 年 月 日生

保護者 住 所

氏 名 ⑩

1. 水戸市医師会看護専門学院への入学を第一志望校としており、合格した場合は必ず入学いたします。
2. 入学後は、水戸市医師会看護専門学院の学則及び規則等に従い卒業まで修学し、卒業・資格取得後は、推薦を受けた市町村の保健・医療・福祉機関等において(准)看護師として就業するよう努力いたします。

3. 特定市町村入試推薦の動機・理由

4. 添付書類 (いずれかに○)

- ① 本人の住民票 (世帯の一部)
- ② 本人が当該 市・町・村 に住所がない場合は、保護者の当該 市・町・村 における住民票 (世帯の全部)