

福島看護専門学校 令和3年度 学生追加募集要項

1. 課程 看護師養成3年課程（全日制）
2. 募集人員 若干名
3. 修業年限 3年間
4. 受験資格 次の各号のすべてに該当する者
 (1)高等学校を卒業した者、令和3年3月高等学校を卒業見込みの者又は
 高等学校卒業者と同等以上の学力があると認められる者
 (2)本校を志望する動機、理由が明白である者
 (3)心身ともに健全である者
5. 出願期間 令和3年 1月22日（金）～令和3年1月29日（金）まで
 受付時間は、9:00～17:00（ただし、土・日曜日は除く。最終日は16:00まで）
 郵送の場合は、令和3年1月29日必着

6. 受験手続 受験者は次の書類を添え、直接持参又は「特定記録・速達」で郵送してください。

| 出願書類 | 摘 要 |
|---------------------------------|--|
| (1) 入学願書 | 本校所定の用紙を使用してください。 |
| (2) 入学検定料 (10,000円) | 直接提出の場合は、現金でお願いします。 郵送の場合は普通為替(無記名のまま)で同封して下さい。 |
| (3) 受験票 写真票 領収書・領収書(控) | 本校所定の用紙を使用してください。 出願前3か月以内に撮影した縦5cm、横4cmの正面向・上半身・脱帽 の写真3枚をそれぞれ所定欄に貼付してください(写真裏面に氏名・生年 月日記入のこと) |
| (4) 卒業証明書又は 卒業見込証明書 | 各高等学校所定の様式により学校長が発行したものを提出してください。 (ただし、調査書に記載がある場合は不要) |
| (5) 調査書等 右欄の ア～エのいずれかを 提出 | ア 調査書(学校長が発行した各学校所定様式で厳封されたもの) イ 成績証明書(同上) ウ 単位修得証明書(同上) エ 高等学校と同等以上の学力があると認められることを証明する書類 (高卒認定有資格者及び大学検定有資格者の場合は、合格証明書 合格成績証明書を提出) ※ 上記の書類が発行できない場合はその理由を付した学校長発行の 証明書を提出してください。 |
| (6) 受験票返信用封筒 (持参の場合は不要) | 定型(長3)封筒に、速達料金374円分の切手を貼って下さい。 なお、出願書類が1月29日に届いた場合は返送せず、電話連絡します。 |
| (7) 郵送用シール | 本校所定の用紙に住所・氏名等を書いてください。 |

※出願書類は返還いたしません。

7. 提出先

〒960-8031 福島県福島市栄町1番37号

福島看護専門学校入試係

TEL 024-525-8770

8. 追加入学試験

- (1) 試験日 令和3年2月1日(月)
- (2) 会場 福島看護専門学校
- (3) 試験方法 筆記試験(一般教養)・面接
- (4) 時間 受付 8:30~9:00
オリエンテーション 9:00~9:15
一般教養 9:15~10:05
面接 10:15~
- (5) 持参物 筆記用具、受験票、上履き、弁当(軽食程度)

9. 合格発表 令和3年2月3日(水) 午前10時に本校正面玄関に受験番号を掲示します。

- ・合格者には本人宛に郵送で通知します。
- ・ホームページに掲載します。
- ・電話による合否の問い合わせには応じません。

10. 入学手続き

合格者には入学手続要項を送付します。
本校ホームページ掲載の令和3年度募集要項8ページをご参照ください。

入学願書

受験番号 ※

令和 年 月 日

福島看護専門学校長 様

氏 名 _____

私は、(推薦 ・ 社会人 ・ 一般) 選抜により貴校に入学したいので
関係書類及び検定料を添えて出願いたします。 ※()内のいずれかを○で囲む。

| | | |
|-------------|-------------------|---|
| ふりがな 氏 名 | 西暦 年 月 日生(歳) 男・女 | 写 真 貼 付 (正面・無帽) 5 cm × 4 cm 出願3ヵ月以内 撮影のもの |
| 住 所 | 〒 - | |
| 電 話 | (自宅) (携帯) | |

| | | |
|----------------------------|--------------|-----------------|
| 学 歴 (最 終) | 昭和・平成・令和 年 月 | 高等学校 卒業・卒業見込 |
| | 昭和・平成・令和 年 月 | |
| | 昭和・平成・令和 年 月 | |
| | 昭和・平成・令和 年 月 | 大学検定・高卒程度認定資格取得 |

| | | |
|--------|--------------------|--|
| 職 歴 | 昭和・平成・令和 年 月 ~ 年 月 | |
| | 昭和・平成・令和 年 月 ~ 年 月 | |
| | 昭和・平成・令和 年 月 ~ 年 月 | |

| | | |
|-----------------|-------------|------------|
| 保護者(緊急時) 連絡先 | ふりがな 氏 名 | 本人との続柄 () |
| | | 電話(携帯) |

(注) 1. 該当事項を記入すること。
 2. 「保護者(緊急時)連絡先」は受験者が不在の場合に必ず連絡がとれる所を記入すること。
 3. ※欄は記入しないこと。



令和3年度 写真票

追加

(推薦・社会人・一般)

| | | | |
|---------------|------|---|----------|
| 受験番号 | ※ | | |
| ふりがな | | | |
| 氏名 | | | |
| 生年月日 | (西暦) | 年 | 月 日生(歳) |
| 住所 | 〒 - | | |
| 最終卒業校 (見込) | 電話 | | |

写真貼付
(正面・無帽)
5 cm × 4 cm
出願3ヵ月以内
撮影のもの

令和3年度入学検定料 領収書

| | | |
|------|----------|-----|
| 受験番号 | ※ | |
| 氏名 | 様 | |
| 領収 | 10,000 円 | ※ 印 |

福島看護専門学校

切り離さないこと

令和3年度入学検定料 領収書(控)

| | | |
|------|----------|-----|
| 受験番号 | ※ | |
| ふりがな | | |
| 氏名 | | |
| 収入 | 10,000 円 | ※ 印 |

福島看護専門学校 令和3年度 受験票

(一般選抜)

追加

| | | | |
|------|------|---|----------|
| 受験番号 | ※ | | |
| ふりがな | | | |
| 氏名 | | | |
| 生年月日 | (西暦) | 年 | 月 日生(歳) |

写真貼付
(正面・無帽)
5 cm × 4 cm
出願3ヵ月以内
撮影のもの

切り取り

切り取り

(一 般 選 抜)

1. 入学試験期日

令和3年2月1日(月)

2. 試験会場

福島市栄町1番37号
福島看護専門学校
TEL 024-525-8770

3. 試験時間割

| | |
|-------|------------|
| 受付 | 8:30～9:00 |
| 模擬テスト | 9:00～9:15 |
| 一般教養 | 9:15～10:05 |
| 面接 | 10:15～ |

注意

- (1) 受験の際は必ず本票を携行し、受験中は常に机の上に置いてください。
- (2) 次の物を持参してください。
筆記用具(鉛筆 HB)
昼食
上履き
- (3) 試験会場に駐車場はありません。

新型コロナウイルス感染予防に関するお願い

福島看護専門学校

令和3年度福島看護専門学校 入学試験を受験いただくにあたり、この書面をご一読いただき、裏面の「体調チェックシート」に予めご記入の上、試験当日ご持参ください。

試験実施に関して、今後の感染状況または悪天候の対応などにより新たな案内をさせていただく場合がありますので、試験前に本校ホームページを必ずご確認ください。

- (1) 必ずマスクを着用して下さい。
- (2) 来校時、検温します。
- (3) 通常よりも受付に要する時間が長くなることが予想されますので、早めにご来校ください。
- (4) 校内では設置しているアルコール等で消毒してください。
- (5) 試験会場の窓を開け換気を行います。寒暖の調節ができる服装でお越しください。
また、室外から騒音が入る場合がありますがご了承ください。
- (6) 試験中に発熱、咳等の症状がみられた場合は退出をお願いする場合があります。
- (7) 同伴者は学校外で待機してください。
- (8) 試験会場の座席は、可能な限り間隔を確保します。

裏面の体調チェックシートにご記入ください

試験日前2週間および試験当日の体調チェックシート

下記項目にご記入のうえ、試験当日提出してください。

(2)～(7)に1つでも該当する場合は事前に本校へご連絡ください。(電話 024-525-8770)

※(2)～(7)に該当する方は受験できない場合があります。

(1) 今朝の体温 (当日朝 自宅で検温してください)

度

試験日前2週間から当日において (当てはまる番号を○で囲んでください)

(2) 37.0度以上の発熱があった (.....月.....日～.....月.....日、.....度)

(3) 咳、だるさ、息苦しさがあった (.....月.....日～.....月.....日)

(4) 嗅覚や味覚の異常があった (.....月.....日～.....月.....日)

(5) 東京圏など感染者が多い地域へ移動歴及び滞在歴がある

(.....月.....日～.....月.....日、.....都・県)

(6) 新型コロナウイルス陽性者と濃厚接触した (.....月.....日～.....月.....日)

(7) 同居家族や身近な人に感染を疑われる方がいる (続柄.....)

(8) 上記いずれにも当てはまりません。

受験番号 _____ 氏名 _____