

2 0 2 4 年 度

一般入学 学生募集要項

独立行政法人国立病院機構

高崎総合医療センター附属高崎看護学校

〒370-0829 群馬県高崎市高松町36

TEL/FAX 027-325-2664

2024年度 学生募集要項

独立行政法人国立病院機構高崎総合医療センター附属高崎看護学校

1. 修業年限	3年
2. 募集定員	80名（指定校推薦入学を含む）
3. 受験資格	<ol style="list-style-type: none">1) 高等学校または中等教育学校を卒業した者（2024年3月卒業見込みの者を含む）2) 通常の課程における12年間の学校教育を修了した者3) 外国において、学校教育における12年間の課程を修了した者又はこれに準ずる者で文部科学大臣の指定した者4) 文部科学大臣が高等学校の課程と同等の課程を有するものとして認定した在外教育施設の当該課程を終了した者5) 文部科学大臣が指定した者6) 高等学校卒業程度認定試験規則（平成17年文部科学省令第1号）による高等学校卒業程度認定試験に合格した者（同規則附則第2条の規程による廃止前の大学入学資格検定規程（昭和26年文部省令第13号）による大学入学資格検定に合格した者を含む）7) 本学において、個別の入学資格審査により、高等学校を卒業した者と同等以上の学力を有すると認められた者で、18歳に達した者
4. 出願書類	<ol style="list-style-type: none">1) 入学願書（本学校所定のものを<u>折らずに提出</u>）2) 出身高等学校の調査書（厳封されたもの） ※高等学校卒業程度認定試験合格者又は大学入学資格検定合格者は合格成績証明書 ※卒業から年数が経ち証明書が発行できない場合は、その旨が記載された書類を卒業校に依頼し、提出すること3) 既卒者のみ：出身高等学校卒業証明書 ※高等学校卒業程度認定試験合格者又は大学入学資格検定合格者は合格証明書4) 外国で教育課程を修了した者のみ：上記受験資格3) を証明できる書類5) 受験票（本学校所定のもの）6) 受験写真票（本学校所定のもの）7) 納付書（本学校所定のもの）8) 受験写真 写真は上半身脱帽、正面で出願6か月以内に撮影したもの ※写真の裏に出身校と氏名を必ず記載し、貼付すること9) 受験票返信用封筒（長形3号に簡易書留料金を含む404円分の切手を貼付し、受験者本人の住所・氏名を記入） <p>* 用紙は ホームページ より印刷して ください</p>
5. 入学検定料	入学検定料 20,000円（振込） （振込の証明となるものの写しを納付書に添付のこと） ※入学検定料は2023年11月1日以降に振り込んでください。 ※所定の振り込み用紙はありません
6. 出願手続	<ol style="list-style-type: none">1) 出願書類は直接来校もしくは簡易書留で郵送してください。 提出された書類及び入学検定料は返還いたしません。2) 出願書類の提出先 〒370-0829 群馬県高崎市高松町36 独立行政法人国立病院機構高崎総合医療センター附属高崎看護学校 ※出願書類送付ラベルを封筒に貼付してください。

	<p>3) 入学検定料の振込先 (振込手数料は自己負担となります) 群馬銀行 高崎支店 普通口座 1972243 受取人 独立行政法人国立病院機構高崎総合医療センター 依頼人氏名 志願者本人とすること</p> <p>4) 直接来校の場合 受付時間：月～金の9:00～16:30 (土・日・祝日は除く)</p>		
7. 出願期間	2023年11月1日(水)～2023年11月30日(木) 必着		
8. 選考日	2023年12月7日(木)		
9. 選考方法	<p>1) 学科試験 英語 コミュニケーション英語Ⅰ・Ⅱ、英語表現Ⅰ 国語総合(現代文のみ) 数学Ⅰ</p> <p>2) 面接試験 ※受験者の出願書類と入学試験の結果等を総合して判定します。</p>		
	<table border="1"> <tr> <td>試験会場</td> <td>独立行政法人国立病院機構 高崎総合医療センター附属高崎看護学校</td> </tr> </table>	試験会場	独立行政法人国立病院機構 高崎総合医療センター附属高崎看護学校
試験会場	独立行政法人国立病院機構 高崎総合医療センター附属高崎看護学校		
10. 合格発表	<p>2023年12月14日(木) 13時 学校玄関に掲示および学校HPに掲載 合格者および補欠者には郵送にて通知します。</p> <p>※電話の問い合わせについては一切応じません</p>		
11. 入学手続	<p>合格者は2023年12月27日(水)までに所定の手続きをし、 入学金200,000円を納入してください。(振込) 群馬銀行 高崎支店 普通口座 1972243 受取人 独立行政法人国立病院機構高崎総合医療センター ※納入された入学金は返金いたしません</p>		
12. 入学後の 必要経費	<p>授業料：年額 500,000円 入学後 4月・10月に分けて納入</p> <p>施設整備費：30,000円</p> <p>実習費：20,000円</p> <p>教科書、学習教材費、研修費などに関する費用は実費が必要となります 3年間の費用(前年度実績) 教科書代 17万円程度 ※機器代(iPad代)は除く 教材費・研修費 35万円程度</p>		
13. 奨学金制度	<p>1) 独立行政法人国立病院機構 奨学金制度があります。 詳しくは、下記のURLにアクセスしてください。 https://kanshin.hosp.go.jp (国立病院機構関東信越グループ)</p> <p>2) 独立行政法人日本学生支援機構奨学金の貸与・給付制度があります。</p>		
14. 情報開示	本校の規定に基づき、入試の情報開示を本人の申請により実施します。		
15. その他	<p>1) 外国籍の方は滞在期間等の受験条件がありますので、お問い合わせ下さい。</p> <p>2) 書類記載の際には、誤字や入学願書に記載漏れのないようご注意ください。</p> <p>3) 願書等に記載された個人情報、入学試験関連業務以外には使用いたしません。</p>		

入 学 願 書

(一 般 入 試)

※受験番号

独立行政法人国立病院機構

高崎総合医療センター附属高崎看護学校長 様

私は貴校に入学したいので必要書類を添えて出願いたします。

記載年月日 20 年 月 日

写真貼り付け欄

(写真の裏に出身校と
氏名を書いて貼付)

縦4.5cm×横3.5cm

上半身脱帽

(6ヶ月以内に)
撮影したもの)

受 験 者	ふりがな	
	氏 名	
	生年月日 (西暦で記載すること) 年 月 日 年 齢	西暦 年 月 日生 (歳)
	現 住 所	〒 - (都・道・府・県)
	連 絡 先	自宅電話番号 TEL - - 携帯電話番号 TEL - -
	学 歴	高等学校 西暦 年 月 入学 卒業 卒業見込 高等学校 西暦 年 月 卒業 卒業見込 西暦 年 月 卒業 卒業見込 西暦 年 月 卒業 卒業見込
職 歴	西暦 年 月～ 年 月 勤務先を記載すること 西暦 年 月～ 年 月	
受 験 者 以 外 の 連 絡 先	氏 名	(続柄)
	連 絡 先	自宅電話番号または携帯電話番号 TEL - -
志望理由		
資格		趣味 特技

※欄には記入しないでください。

記載例

入 学 願 書

(一 般 入 試)

※受験番号

独立行政法人国立病院機構

高崎総合医療センター附属高崎看護学校長 様

私は貴校に入学したいので必要書類を添えて出願いたします。

記載年月日 2023年11月20日

写真貼り付け欄
(写真の裏に出身校と氏名を書いて貼付)
縦4.5cm×横3.5cm
上半身脱帽
(6ヶ月以内に撮影したもの)

受	ふりがな	たかさき かな	ふりがなはひらがなで記載して下さい
	氏名	高崎 香那	
	生年月日 (西暦で記載すること) 年 齢	西暦 2005年 4月 10日生 (18 歳)	2023年 8月撮影
	現住所	〒 370-0829 群馬 (都・道・府・県) 高崎市高松町 36	

在学中に高等学校の合併があった方は「転入学」を記載して下さい。

自宅電話番号 TEL 000 - 000 - 0000
携帯電話番号 TEL 000 - 0000 - 0000

訂正し、訂正印を押す

者	学 歴	群馬県立〇〇 高等学校 西暦 2021年 4月 入学
	高等学校以上の学歴について記載すること (卒業・卒業見込いずれかに○をつけること)	群馬県立△△ 高等学校 西暦 2022年 4月 入学 転入学
		群馬県立△△高等学校 西暦 2024年 3月 卒業 卒業見込
職 歴	西暦 年 月～ 年 月 なし	
	西暦 年 月～ 年 月	

受験者以外 の連絡先	氏名	高崎 丸夫 (続柄 父)
	連絡先	自宅電話番号または携帯電話番号 TEL 000 - 000 - 0000

志望理由

*記載上の注意点

- ・電話番号・職歴がない場合は「なし」と記入してください
- ・氏名は戸籍に記載された漢字を記入してください

資格が無い場合は「なし」と記入してください

資格	実用英語検定 2級	趣味特技	剣 道
----	-----------	------	-----

※欄には記入しないでください。

2024年度
受験票

※受験番号	
ふりがな 氏名	
	写真貼付 (写真の裏に氏名を 書いて貼付) 入学願書と同じ写真 縦4.5cm×横3.5cm 上半身脱帽 (6ヶ月以内に撮影したもの)

※欄には記入しないでください。

2024年度
受験写真票

※受験番号	
ふりがな 氏名	
	写真貼付 (写真の裏に氏名を 書いて貼付) 入学願書と同じ写真 縦4.5cm×横3.5cm 上半身脱帽 (6ヶ月以内に撮影したもの)

※欄には記入しないでください。

2024年度
納付書

※受験番号	
ふりがな 氏名	
添付欄	振込金(兼手数料)受取書の写しを 添付してください。

※欄には記入しないでください。

※この用紙は提出不要です。

I. 試験日程

試験日 2023年12月7日(木)	
時間	内容
8:00～	受付
8:50～	オリエンテーション
9:10～10:00	英語(コミュニケーション英語Ⅰ・Ⅱ、英語表現Ⅰ)
10:20～11:10	国語総合(現代文のみ)
11:30～12:20	数学Ⅰ
12:20～12:50	オリエンテーション 書類記載
13:00～	面接試験
試験会場	独立行政法人国立病院機構 高崎総合医療センター 附属高崎看護学校
合格発表 2023年12月14日(木)	

II. 留意点

1. この票は受験時に必ず携帯してください。
2. 持参品：HB黒鉛筆、シャープペンシル、黒ボールペン、消しゴム
3. 時計の使用は認めません。
4. 合格発表は学校玄関に掲示および学校HPに掲載いたします。また、合格者および補欠者には郵送にて通知します。
5. 必要な方は、昼食をご持参ください。

独立行政法人 国立病院機構
高崎総合医療センター附属高崎看護学校

連絡先 027-325-2664

出願書類送付ラベル

出願書類は直接来校もしくは**簡易書留**で郵送してください。

下記の宛名を切り取り、封筒に**貼付**してください。

370-0829

群馬県高崎市高松町36

独立行政法人国立病院機構

高崎総合医療センター附属高崎看護学校 御中

簡易書留

入学願書在中

差出人 (志願者)	住所	〒
	氏名	