

入 舎 許 可 願

必要事項を全て記入してください。

令和 年 月 日

独立行政法人国立病院機構
嬉野医療センター附属看護学校長 殿

学生 氏名
郵便番号
住所
電話番号

保証人（自署）氏名
続柄（ ）
住所
電話番号

保証人の条件を確認し、保証人の自署で記入する。
入学誓約書の保証人と同じでも可

24 時間必ず連絡がつく方
また緊急時送迎可能な方の
連絡先を記入する。
複数の連絡先をあげても可

緊急連絡先（上記「保証人」と同じ場合は記入不要）

郵便番号
住所
氏名
電話番号

続柄（ ）

看護学校学生寄宿舍へ入舎させていただきたいのでご許可くださるよう保証人連署のうえ申請します。

なお、入舎許可後は学則及び寄宿舍規則等を遵守すると共に、これに違反した場合はいかなる処分を受けても異議ありません。

1. 入寮希望期間 年 月 日 ～ 年 月 日

入寮希望期間は原則として1年です。延長は本校の修業年限の3年となります。

※入舎許可願に記載されている事項については、入寮手続以外の利用目的には使用することはありません。

入 舎 許 可 願

令和 年 月 日

独立行政法人国立病院機構
嬉野医療センター附属看護学校長 殿

学生 氏名
郵便番号
住所
電話番号

保証人（自署）氏名
続柄（ ）
住所
電話番号

緊急連絡先（上記「保証人」と同じ場合は記入不要）
郵便番号
住所
氏名 続柄（ ）
電話番号

看護学校学生寄宿舍へ入舎させていただきたいのでご許可くださるよう保証人連署のうえ申請します。

なお、入舎許可後は学則及び寄宿舍規則等を遵守すると共に、これに違反した場合はいかなる処分を受けても異議ありません。

1. 入寮希望期間 年 月 日 ～ 年 月 日

※入舎許可願に記載されている事項については、入寮手続以外の利用目的には使用することはありません。