



# 確 約 書

|      |   |
|------|---|
| 受験番号 | ※ |
|------|---|

令和      年      月      日

長野県看護大学長    様

本人氏名（自署）\_\_\_\_\_

保護者氏名（自署）\_\_\_\_\_

私は、長野県内において保健医療に従事しようとする強い意志を持って、長野県看護大学への入学を志願します。

- （注） 1    本人・保護者の氏名をそれぞれ自署してください。  
2    ※印には、記入しないでください。