

D

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。