

身 上 報 告 書

						※受験番号			
1	ふりがな 氏 名					(昭和・平成 年 月 日生)			
2	現住所					8	公立病院	民間病院	その他
3	配偶者		有 ・ 未婚 ・ 離別 ・ 死別				()受験した 結果 ()	()受験した 結果 ()	()受験した 結果 ()
4	住 宅		持ち家 ・ 公宅社宅 ・ 借 家 下 宿 ・ 間 借 り ・ 親等と同居				()受験しない	()受験しない	()受験しない
5	同居 の 家 族	氏 名	年齢	続柄	勤務先名・学校名	9	岩見沢市立総合病院を志望した動機		
	別 居 の 家 族					10	得意な学科名		
					11	学校における生徒会活動及びクラブ活動について			
6	緊急の場合の連絡先及び連絡方法 (自宅・帰省先以外) ※例：親の勤務先・自分の携帯電話等					12	趣味及びボランティア活動について		
7	身 長	cm	体 重	kg	13	自分の長所・短所について			
	視 力 (矯正後の視力)	右 () 左 ()	色 覚	正常・色弱・色盲					
	1 既往症について 病 名 発病時期 現在の状態								
	2 総体的な現在の健康状態								
						14	以上のほか、特に述べたいことがあれば記載してください。		

※ (注意)

- 黒若しくは青のボールペン又はインクで、漏れなく丁寧に記入してください。
- 数字は算用数字を用いてください。
- 家族の欄は自己を含めて記入し、勤務先名・学校名を詳細に記入してください。
- 該当のない箇所は「なし」と明記してください。
- 現住所は、通学等のため下宿等をしている場合は、帰省先も併記してください。
- 必ず受験者本人が記入・押印してください。