

受験者心得

1. 午前8時50分までに試験会場に入り、着席していただきます（開場は8時10分からです）
2. 受験票は試験日に必ず持参し、試験中は常に机の上に置いてください
3. HBの鉛筆（シャープペンシルは不可）と黒のボールペン、消しゴム以外は机の上に置かないでください
4. 試験会場は土足厳禁です。各自上靴等を持参してください（ヒールのついている靴はお控えください）
5. 試験会場内では監督員の指示に従ってください



独立行政法人国立病院機構
北海道医療センター附属札幌看護学校

〒063-0004
札幌市西区山の手4条6丁目2番22号

TEL 011-611-8170

FAX 011-611-8369



2024
年度

学生募集要項

入学願書 受験票 振込依頼書

本校では次のような学生を募集しております

1. 人々の健康に携わりたいと考えている人
2. 基礎的な学力があり、自ら学習を継続する力を発揮できる人
3. 相手への関心を持ち、誠実で思いやりのある人
4. 社会性があり、自分の行動に責任が持てる人
5. 基本的な生活能力が身に付いている人



独立行政法人国立病院機構

北海道医療センター附属札幌看護学校

〒063-0004 札幌市西区山の手4条6丁目2番22号 TEL 011-611-8170

募集人員

80人（男・女）（指定校制推薦含）

受験資格

A 2024年3月に
高等学校または中等教育学校を
卒業見込みの者

B 高等学校または
中等教育学校を卒業した者

C 通常の課程による
12年の学校教育を修了した者
(通常の課程以外の課程により
これに相当する学校教育を
修了した者を含む)
および
2024年3月に修了見込みの者

D 文部科学大臣の定めるところにより
高等学校または
中等教育学校を卒業した者と
同等以上の学力があると認められた者
および
2024年3月31日までに
これに該当する見込みの者

出願手続き

出願期間 2023年10月31日（火）～2023年11月24日（金）郵送必着

出願方法 出願書類一式を「**入学願書在中**」と記載された封筒に入れ
出願期間に**簡易書留**で郵送してください

出願書類

入学願書	●学生募集要項の「入学願書」を切り取り、自筆で記載してください
受験票	●写真は上半身、脱帽、正面向き、背景なしで3カ月以内に撮影したものを使用してください ●写真の裏面には志願者の氏名、生年月日を記入してください ●「入学願書」と「受験票」に貼付する写真は、同じものを使用してください
卒業証明書	● 受験資格B の方のみ同封してください
高等学校の調査書	●高等学校長が発行したものを厳封のまま同封してください ●卒後5年以上を経過し、調査書が得られない場合は、 ①「卒業証明書」に加えて ②「調査書を発行できない旨の通知書」と ③「単位修得証明書」を同封してください ● 受験資格C・D の方は、 ①受験資格を有する証明書（高等学校卒業程度認定試験または大学入学資格検定の「合格証明書」または「合格見込成績証明書」と ②「合格成績証明書」を同封してください ●高等学校卒業後に改姓し各種証明書と氏名が違う場合は、戸籍抄本も同封してください
入学検定料 収納証明書	●入学検定料（20,000円）を振り込み、収納証明書（学校提出）に取扱金融機関出納印が押印されていることを確認し同封してください ●ATMで振り込みをした場合は、発行された伝票のコピーを同封してください ※納入した入学検定料および提出書類は返納いたしません
受験票 送付用封筒	●「受験票在中」と記載された封筒の表面に志願者の郵便番号・住所・氏名を記入してください ●切手は404円分を貼付してください

入学試験概要

	学科試験	面接試験
日程	2023年12月7日（木）	2023年12月8日（金）
時間	8：50～12：40（開場8：10～）	9：00～（開場8：10～）
科目	●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	
会場	独立行政法人国立病院機構 北海道医療センター附属札幌看護学校 札幌市西区山の手4条6丁目2番22号 ☎011-611-8170	
合格 発表	2023年12月21日（木）9：00～ ●受験番号をホームページに掲示 ●文書により通知	
その他	●HBの鉛筆（シャープペンシルは不可）・黒のボールペン・消しゴムを用意してください ●上靴を持参してください ●試験会場には駐車場の用意がありません ●試験会場の下見は実施していません ●車の乗り降りは近隣のドラッグストア等で行わず、北海道医療センターの駐車場を利用してください ●入学試験時の宿泊施設の紹介や案内は行いません ●保護者等の控え室はありません	

複数校併願制

国立病院機構北海道東北グループ所属病院の附属看護学校の入学試験では、希望者を対象に複数校併願制を実施しています。

入学を希望する附属看護学校の受験結果が「補欠合格」となり、第2または第3の併願希望校が入学定員を満たしていない場合、併願希望校への入学資格を取得できます。

各附属看護学校は、類似したカリキュラムで運営されており、機構の母体病院を中心に充実した実習施設が確保されています。いずれも3年課程であり、卒業と同時に看護師国家試験受験資格等が得られます。

併願方法

- ≫入学願書に記入
- 北海道医療センター附属札幌看護学校の入学試験における併願校は、以下の3校です。
 - 以下の附属看護学校の中から第2・第3の併願希望校を選び入学願書の併願申し込み欄に記入してください。
学校の詳細は各学校のホームページ等をご覧ください。
 - 併願希望校からの合格の連絡は、2024年3月下旬以降になります。
連絡を受けてもその時点で希望しない場合は断ることもできます。

併願できる国立病院機構附属看護学校（北海道東北グループ）

学校名	所在地	入学定員
独立行政法人国立病院機構 弘前総合医療センター附属看護学校	青森県弘前市大字富野町1 ☎0172-32-7771	40人
独立行政法人国立病院機構 仙台医療センター附属仙台看護助産学校（看護学科）	宮城県仙台市宮城野区宮城野2-8-8 ☎022-293-1312	80人
独立行政法人国立病院機構 山形病院附属看護学校	山形県山形市行才126-2 ☎023-681-2301	40人

入学手続き

提出書類	1. 誓約書（様式1） 2. 身分証明書用写真 2枚 ●写真は3カ月以内に撮影したもので、上半身、脱帽、正面向き、背景のないもの、制服着用でないもの（スピード写真は不可） ●サイズ：縦4cm×横3cm ●裏面に氏名と生年月日を記入 3. 住所変更届（様式2）…入学時に住所を変更する方のみ必要です 4. 在学証明書申込書（様式3）…入学式当日にお渡しします 5. 通学証明書（様式4）…JRの通学定期利用者のみ必要です ※市内交通機関の定期券は学生証で購入できます 6. 大学・短大・専門学校の単位認定申請に関する書類 ①単位履修証明書または成績証明書 ②単位認定申請科目のシラバスの写し（履修内容の分かるもの）
提出書類手続期間	2023年12月22日（金）～2024年1月12日（金）郵送必着
入学金および納入期日	200,000円を2024年1月5日（金）までに納入
その他	●納入した入学金は返納いたしません ●手続期間内に入学手続きをしない者は、入学を辞退したものと取り扱います

入学後の必要経費

項目	1年次	2年次	3年次	納入時期
授業料	590,000円	590,000円	590,000円	4月末日と10月末日までに年額の1/2ずつ（295,000円）
施設・環境管理費※	80,000円	80,000円	80,000円	4月
教科書・参考書代※	約160,000円	約10,000円	約10,000円	4月
ユニフォーム・学生傷害賠償保険・感染症検査費用・他雑費※	約100,000円	約20,000円	約45,000円	
合計	約930,000円	約700,000円	約725,000円	

※価格の変動により変更の可能性があります

入学試験の成績開示

- 個人別成績（学科試験）の科目別得点および合計得点を開示します。
- 合格発表翌日から2週間（土・日・祝日は除く）以内に、本人から請求があった場合に限り開示します。
- 電話にて来校日を予約の上、受験票と筆記用具を持参してください。

奨学金制度

- 国立病院機構奨学金制度
卒業後、特定の国立病院機構の病院へ勤務することを条件にその病院から奨学金を受けることができ、一定の期間以上の勤務をすると奨学金の返済が免除されます。
- その他
高等教育の修学支援制度、日本学生支援機構奨学金、北海道看護職員養成修学資金などがあります。
※入学後に説明を行います

入学願書

※欄は記入しないでください

受験番号	※
私は貴校に入学を志願いたします	
フリガナ	
氏名	男・女 (戸籍で使用している字で記入すること)
生年月日	西暦 年 月 日 (歳)
記入年月日 年 月 日	
独立行政法人国立病院機構 北海道医療センター附属札幌看護学校長 様	
志願者住所 連絡先	〒 - - (携帯TEL - -) TEL - - (携帯TEL - -)
志願者以外の 連絡先 ●必ず2カ所記入	①氏名 (続柄) TEL - - ②氏名 (続柄) TEL - - ③氏名 (続柄) TEL - -
学 歴 ●高等学校以降を記入 ●学校名は正式名称 ●大学等は学部も記入	年 月～ 年 月 高等学校 卒業・見込み 年 月～ 年 月 卒業・見込み 年 月～ 年 月 卒業・見込み 年 月～ 年 月 卒業・見込み 年 月～ 年 月 卒業・見込み
職 歴 (職場名)	年 月～ 年 月 年 月～ 年 月 年 月～ 年 月 年 月～ 年 月
志望理由	

書き方見本については本校のホームページをご覧ください

該当がない場合は「なし」とご記入ください

家族状況 (本人を除く)	氏名	年齢	続柄	住所
健康の状況	既往歴			
	現在治療中の病気 健康上気をつけるよう言われていること			
特技・資格				

該当がない場合は「なし」とご記入ください

国立病院機構附属看護学校への併願申し込み

学生募集要項の「複数校併願制」を参照の上、第2・第3の併願希望校名をご記入ください

第1希望校	独立行政法人国立病院機構 北海道医療センター附属札幌看護学校
第2希望校	独立行政法人国立病院機構
第3希望校	独立行政法人国立病院機構

2024年度 受験票

写真貼付欄

上半身、脱帽、正面向き、背景なしで、**3カ月以内**に撮影した写真（入学願書と同じもの）を使い、裏面には氏名、生年月日を記入してください。

縦4cm×横3cm
(サイズ厳守)

※欄は記入しないでください

受験番号	※		
フリガナ			
志願者氏名			
生年月日	西暦	年	月 日
学科試験	2023年12月7日(木)		
面接試験	2023年12月8日(金)		
試験会場	独立行政法人国立病院機構 北海道医療センター附属札幌看護学校		

一次試験時間割

科目	時間
オリエンテーション	8:50 ~ 9:00
コミュニケーション英語Ⅰ・Ⅱ 英語表現Ⅰ	9:10 ~ 10:00
国語総合(現代文のみ)	10:20 ~ 11:10
数学Ⅰ	11:30 ~ 12:20
二次試験説明	12:20 ~ 12:40

裏面も参照してください

振込依頼書(電信扱)

依頼日	年	月	日
振込先	北海道銀行 琴似支店		
預金種目	普通	口座番号	0511250
フリガナ	ドクリツキョウセイセイホウジンコソククリツビヨウインキンコウ ホツカイイドウイリョウウセセンター インチヨウナガオマサヨシ		
受取人	独立行政法人国立病院機構 北海道医療センター 院長 長尾雅悦		
住所	札幌市西区山の手5条7丁目1番1号 (電話番号 011-611-8111)		
フリガナ			
志願者	氏名	住所	様
			(ご連絡先電話番号 - -)

本表の中をきれなくお書きください。

入学検定料収納証明書(学校提出)

依頼日	年	月	日
振込先	北海道銀行 琴似支店		
金額	¥20,000		
受取人	独立行政法人国立病院機構 北海道医療センター 院長 長尾雅悦		
志願者氏名	フリガナ		
生年月日	年	月	日

取扱金融機関出納印が
押印されていることを
確認し、出願書類に同
封して送付ください。
銀行→志願者

取扱金融機関
出納印
2

振込領収証

依頼日	年	月	日
振込先	北海道銀行 琴似支店		
金額	¥20,000		
受取人	独立行政法人国立病院機構 北海道医療センター 院長 長尾雅悦		
志願者氏名	フリガナ		

上記の通り領収いたしました

取扱金融機関
出納印
3

※欄は記入しないでください

入学願書

受験番号

※

私は貴校に入学を志願いたします

フリガナ	ヤマノテ モモコ	
氏名	山の手 桃子 <small>(戸籍で使用している字で記入すること)</small>	男・ <input checked="" type="radio"/> 女
生年月日	西暦 2005 年 9 月 1 日 (18 歳)	

写真貼付欄

上半身、脱帽、正面向き、背景なしで、3カ月以内に撮影した写真(受験票と同じもの)を使い、裏面には氏名、生年月日を記入してください。

縦4cm×横3cm
(サイズ厳守)

2023 年 10 月撮影

記入年月日 2023 年 11 月 30 日

独立行政法人国立病院機構

北海道医療センター附属札幌看護学校長 様

志願者住所 連絡先	〒000-0000 札幌市〇区〇〇〇町〇条〇丁目〇番〇号 〇〇〇マンション 〇〇〇号室 TEL 011 - △△△ - 〇〇〇〇 (携帯TEL 090 - □□□□ - 〇〇〇〇)		
志願者以外の 連絡先 <small>●必ず2カ所記入</small>	①氏名	山の手 太郎 (続柄 父)	TEL 090 - 〇〇〇〇 - □□□□
	②氏名	山の手 花子 (続柄 母)	TEL 090 - △△△△ - 〇〇〇〇
	③氏名	(続柄)	TEL - -
学 歴 <small>●高等学校以降を記入 ●学校名は正式名称 ●大学等は学部も記入</small>	2021 年 4 月 ~ 2024 年 3 月	北海道札幌〇〇	高等学校 卒業・見込み
	年 月 ~ 年 月		卒業・見込み
	年 月 ~ 年 月		卒業・見込み
	年 月 ~ 年 月		卒業・見込み
	年 月 ~ 年 月		卒業・見込み
職 歴 (職場名)	年 月 ~ 年 月	なし	
	年 月 ~ 年 月		
	年 月 ~ 年 月		
	年 月 ~ 年 月		
志望理由	私は、～ ～です。		

書き方見本については本校のホームページをご覧ください

該当がない場合は「なし」とご記入ください

家族状況（本人を除く）	氏名	年齢	続柄	住所
	山の手 太郎	50	父	札幌市〇区〇〇〇町〇条〇丁目〇番〇号 〇〇〇マンション 〇〇〇号室
	山の手 花子	47	母	同上
	山の手 一郎	22	兄	東京都〇区〇町〇番〇号
	山の手 和子	78	祖母	札幌市〇区〇〇〇町〇条〇丁目〇番〇号 〇〇〇マンション 〇〇〇号室
健康の状況	既往歴			
	なし			
特技・資格	現在治療中の病気 健康上気をつけるよう言われていること			
	なし			
	〇〇〇〇			

該当がない場合は「なし」とご記入ください

国立病院機構附属看護学校への併願申し込み

学生募集要項の「複数校併願制」を参照の上、第2・第3の併願希望校名をご記入ください

第1希望校	独立行政法人国立病院機構 北海道医療センター附属札幌看護学校
第2希望校	独立行政法人国立病院機構
第3希望校	独立行政法人国立病院機構