様式第１号

長崎大学医学部医学科学校推薦型選抜ⅡC（宮崎県枠）

受験番号	※

推薦選考申込書

フリガナ 氏　　名		生年月日	平成　　年　　月　　日 生
現 住 所	〒　　（都道府県名）　　（郡・市名） （区・町村名）　　（町・丁目・番地・団地・棟・号名）　　（方） 電話（　　－　　－　　）		
出　　身 高等学校 所 在 地	□　　年３月卒業見込 □　　年３月卒業 立　　高等学校 中等教育学校 〒 電話（　　－　　－　　）		写真貼付欄 縦 4cm × 横 3cm 3 か月以内撮影 上半身脱帽 正面向き
保 護 者	氏名	続柄	
	現住所 電話（　　－　　－　　）		

志願者の履歴事項

年　　月	立	小学校卒業	
年　　月	立	中学校卒業	
年　　月	立	高等学校 中等教育学校	入学
年　　月	立	高等学校 中等教育学校	卒業見込・卒業

（高等学校卒業後の履歴）

記入上の注意　※印の欄は記入しないでください。