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		生年月日	平成　　年　　月　　日　生
氏　　名			

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	□　　年３月卒業見込 □　　年３月卒業 立　　高等学校 中等教育学校	写真添付欄 縦4cm×横3cm ３か月以内撮影 上半身脱帽 正面向き
所 在 地	〒 電話（　　－　　－　　）	

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。