

様式第 1 号

長崎大学医学部医学科学学校推薦型選抜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	
	〒				
	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 入学 中等教育学校					
年 月 立 高等学校 卒業見込・卒業 中等教育学校					
(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。