

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	<input type="checkbox"/> 年 3 月卒業見込 <input type="checkbox"/> 年 3 月卒業		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
所在地	立 〒 高等学校 中等教育学校		
	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。