

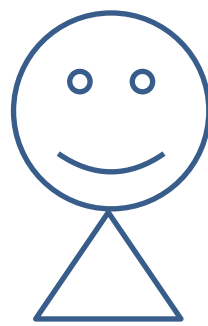
令和3年度長崎県立大学看護栄養学部看護学科(離島看護師特別枠)学校推薦型選抜入試  
長崎県病院企業団推薦選考申込書

受験番号	フリガナ		男 女	生年月日	昭和 平成 年 月 日生
※	氏名			希望する 離島病院名(注1)	①長崎県五島中央病院 ②長崎県上五島病院 ③長崎県対馬病院 ④長崎県壱岐病院
現住所	〒 電話(        -        -        )				
在籍する 学校 名称	立 高等学校			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	〒 電話(        -        -        )				
保護者	住所		氏名		続柄
	〒 電話(        -        -        )				
志願者の履歴事項					
履歴	令和・平成・昭和	年	月	立	小学校卒業
	令和・平成・昭和	年	月	立	中学校卒業
	令和・平成・昭和	年	月	立	高等学校卒業見込

※(注1)希望する病院の番号を○で囲んでください。

## 【記載例】

令和3年度長崎県立大学看護栄養学部看護学科(離島枠)学校推薦型選抜入試  
長崎県病院企業団推薦選考申込書

受験番号	フリガナ	ナガサキ ゲンキ	男 女	生年月日	昭和 平成 ○○年 △△月 ××日生
※	氏名	長崎 元気		希望する 離島病院名(注1)	①長崎県五島中央病院 ②長崎県上五島病院 ③長崎県対馬病院 ④長崎県壱岐病院
現住所	〒 850-0035 長崎市元船町17番1号 長崎県大波止ビル7階 電話( 095 - 825 - 2255 )				
在籍する 学校 名称	長崎県 立 長崎 高等学校				
所在地	〒 ▲▲▲-▲▲▲▲ 長崎市万才町▲▲番▲▲号 電話( ▲▲▲ - ▲▲▲ - ▲▲▲▲ )				
保護者	住所		氏名	続柄	
	〒 現住所と同じ 電話( - - )		長崎 万才	父	
志願者の履歴事項					
履歴	令和・平成・昭和 ○○年 ○○ 長崎市 立 ○○ 小学校卒業				
	令和・平成・昭和 ○○年 ○○ 長崎市 立 ○○ 中学校卒業				
	令和・平成・昭和 ○○年 ○○ 長崎市 立 ○○ 高等学校卒業見込				

※(注1)希望する病院の番号を○で囲んでください。