様式第1号

令和4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

<table>
<tr><td>受験番号</td><td>フリガナ</td><td></td><td rowspan="2">男
女</td><td>生年月日</td><td>昭和
平成　　年　　月　　日生</td></tr>
<tr><td>※</td><td>氏名</td><td></td><td>希望する
離島病院名（注1）</td><td>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</td></tr>
<tr><td>現住所</td><td colspan="5">〒
電話（　　－　　－　　）</td></tr>
<tr><td>在籍する学校
名称</td><td colspan="3">立　　高等学校</td><td colspan="2" rowspan="2">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</td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="3">〒
電話（　　－　　－　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">保護者</td><td colspan="3">住所</td><td>氏名</td><td>続柄</td></tr>
<tr><td colspan="3">〒
電話（　　－　　－　　）</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="6">志願者の履歴事項</td></tr>
<tr><td>履歴</td><td colspan="5">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</td></tr>
</table>

※（注1）希望する病院の番号を〇で囲んでください。