

令和6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  
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。