

**令和7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。