

福島県立医（過）

令和 年 月 日

福島県立福島高等学校長 様

推 薦 入 試 志 願 票

旧3年 組 番 生徒氏名 _____
(自署)

住 所 _____

電話番号 _____

保護者氏名 _____ 印

(自署)

下記について出願したいので、推薦くださるようお願いいたします。

記

1 分 類 学校推薦型選抜

2 志願大学及び募集区分 福島県立医科大学

医学部医学科 (A 枠・県内既卒)

看護学部

保健科学部

(いずれかを○で囲む)

3 出願期間 令和 年 月 日 () ~ 月 日 ()