26福島県立医・医（過）

平成　　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します。

記

１　分　　類　　　　　　　　　　一般公募推薦

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　Ｂ枠・県内推薦

３　出願期間　　　　　　　　　　平成２５年１２月１２日（木）～１２月１８日（水）