

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26年12月11日（木）～12月17日（水） |