

福島県立医（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いたします。

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
看護学部

(いずれかを○で囲む)

- 3 出願期間 平成 年 月 日 () ~ 月 日 ()