

茨城キリスト教大学看護学部
地域特定推薦入試申込書

提出先市町村名	大子町
高等学校名	高等学校
本人現住所および電話番号	〒 ー 茨城県
	電話 ー ー
本人氏名	
生年 月 日	年 月 日生
保護者住所	
保護者氏名	
市町村在住期間	※現在までの市町村に在住している期間を明記してください。
	年 月 ～ 年 月（現在）
高等学校への推薦手続きの有無	有 ・ 無
茨城キリスト教大学 看護学部看護学科地域特定推薦入試における推薦の申込をいたします。 令和 年 月 日 大子町長 高梨 哲彦 様 本人氏名	

※本人住所と保護者住所が同一場合には同上と記入して下さい。

※居住等の記載証明書（住民票の写し）を添付して下さい。