

(写真貼付)

## 長野県医学生修学資金

### 東京医科歯科大学地域特別枠推薦選抜（医学部医学科）長野県枠 面接申込書

年 月 日

長野県知事 様

氏 名 印

ふりがな 氏 名 年 月 日生 ( 歳)	電話番号	( ) -
	携帯番号	( ) -
	メールアドレス	
住 所 〒		
出 身 学 校	名称	
	所在地	〒 電話番号 ( ) -
	卒業等	年 月 卒業・卒業見込
保 護 者	住 所	〒 電話番号 ( ) -
	氏 名	

※ 東京医科歯科大学地域特別枠推薦選抜（医学部医学科）長野県枠についてどのようにしてお知りになったか記入してください。

--