

受 験 番 号
※

志 望 理 由 書

ふりがな

氏 名 _____

（平成 年 月 日生）

長崎大学医学部学校推薦型選抜ⅡBを志望する理由と将来あなたの目指す医師像について、具体的に記載してください。（800字以内。黒色の万年筆、ボールペン等で記載すること）

記載欄は2枚目に続く→

