**医学部　志願者用**

|  |  |
| --- | --- |
| ※ 受 験 番 号 |  |

 　※印欄には記入しないでください。

**推　　薦　　書**

令和　　年　　月　　日

三　重　大　学　長　殿

学校所在地

学　校　名

高等学校

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　立　　　　　　　　　　中等教育学校

高等専門学校

学校長名　 　　　　　　　　　　　　　　　　　印

下記の者は，学業成績・人物ともに優れ，極めて優秀な生徒でありますので，

貴大学　　　　　学部学校推薦型選抜志願者として責任をもって推薦します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 志望学部 | 医　学　部 | 志望学科 | 学　科 |
| フリガナ |  | 「地域枠」志願の有無（看護学科志願者のみ） | 有・無 |
| 氏名 |  | 生　年　月　日 | 性　別 |
| 平成　　　年　　　月　　　日 | 男・女 |
| 高等学校若しくは中等教育学校の所属学科 | 科　　　　　　　コース |
| 卒業年月日又は卒業見込年月日 | 令和　　　年　　　月　　　日　　　　　　卒　　業　・　卒業見込 |