

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

立
高 等 学 校
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		