

医学部医学科地域枠B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

市・町 名

市・町長名

印

下記の者は、三重県の地域医療に貢献する意志が明確でありますので、貴大学医学部医学科学校推薦型選抜地域枠B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	医 学 科
フリガナ		生 年 月 日	性 別
氏 名		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	

面接実施病院名

※推薦理由を別紙「推薦理由書」に記入願います。