**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。