

【総合型選抜】

推薦書

令和3年 月 日

岩手医科大学長 殿

下記の者について、貴学の伝統ある建学の精神を継承し、地域医療に真に貢献する誠の医師となる人材として、ここに推薦いたします。

記

志願者氏名	
生年月日（西暦）	年 月 日

推薦理由（志願者の医師となる適性や人柄について、具体的にご記入ください。）

推薦者氏名	①		
現住所	〒		
連絡先（TEL）	（ ）		
圭陵会支部名			
卒業学部		卒業期	第 期
推薦資格 （□にチェック）	<input type="checkbox"/> 岩手医科大学の職員ではない。 <input type="checkbox"/> 志願者の2親等以内ではない。		

以上