

【総合型選抜】

--

推薦書

令和 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	④		
現住所 (合否結果通知先)	〒		
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。		
出願資格 (□にチェック)	<input type="checkbox"/> 合格した場合、入学を確約できる。		

以上