

受 験 番 号	※
---------	---

推 薦 書

令和 年 月 日

島 根 大 学 長 殿

高等学校名

校 長 名

職印

下記の者を貴大学（緊急医師確保対策枠学校推薦型選抜）志願者として責任をもって推薦します。

記

ふりがな		男	生年月日	平成 年 月 日生
氏 名		・ 女		

推 薦 す る 理 由	
----------------------------	--

学 業		1 年	2 年	3 年
	学 年	人 中 番	人 中 番	人 中 番
	ク ラ ス	人 中 番	人 中 番	人 中 番

（注意）※印欄は記入しないでください。

裏面

受 験 番 号 ※		
人 物		
課 外 活 動 ・ ク ラ ス 役 員 な ど	(1) 学年ごとのホームルームにおける役員について (2) 全校的な役員について (3) 所属クラブについて (4) 校外での活動について (5) 特技，その他特記すべき事項について	
そ の 他		