|  |  |
| --- | --- |
| 表　面 | 令和８年度医学部医学科緊急医師確保対策枠学校推薦型選抜用 |
|  |  | 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・女 | 生年月日 | 平成　　　年　　　月　　　日生 |
| 氏名 |  |
| 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。

|  |  |
| --- | --- |
| 令和８年度医学部医学科緊急医師確保対策枠学校推薦型選抜用 | 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 |  |