

学校推薦型選抜

受験番号	*
------	---

推 薦 書

年 月 日

和歌山県立医科大学
学 長 中 尾 直 之 様

高等学校名
校 長 名
記載責任者職・氏名



下記の生徒を和歌山県立医科大学医学部学校推薦型選抜責任を持って推薦します。

}	一般枠	の適格者として
	県民医療枠 A	
	県民医療枠 B	
	地域医療枠	

フリガナ		性別	生 年 月 日	年 月 日生
生徒氏名				

成績 順位		第1学年	第2学年	第3学年	(第4学年)
	学 年		人 中 番	人 中 番	人 中 番
ク ラ ス		人 中 番	人 中 番	人 中 番	人 中 番

- (※1) *印欄は大学で記入します。
- (※2) 一般枠、県民医療枠A、県民医療枠B、地域医療枠のうち、推薦される募集枠を○で囲んでください。なお、県民医療枠A及びBについては併願が可能となっております。併願される場合は、両方を○で囲んでください。
また、各枠の内容については、募集要項の「2 学校推薦型選抜」をご覧ください。
- (※3) 成績順位について、正確な順位がでない場合は、推定の位置を記入し、推定と付記してください。

推薦する理由 (できるだけ具体的な事例を挙げて、記述してください。)

学業、人物等について