

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 宮 下 和 久 様

高等学校名
校 長 名
記載責任者職・氏名

印
印

下記の生徒を和歌山県立医科大学薬学部学校推薦型選抜（ 県内枠 / 全国枠 ）
の適格者として責任を持って推薦します。

フリガナ		男	生 年 月 日	年 月 日生
生徒氏名		・ 女		

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) 県内枠、全国枠のうち、一つを○で囲んでください。
なお、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) 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。
なお、推定でも順位がだせない場合は空欄で提出してください。

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