

学校推薦型選抜

(

卒)

受験番号

※

令和6年度

# 推 薦 書

令和 年 月 日

札幌医科大学長 山下 敏彦 様

学校所在地

学 校 名

学校長氏名

印

次の者は、推薦要件に該当することから、札幌医科大学医学部学校推薦型選抜( ) 卒) 志願者にふさわしい者であると認め、責任を持って推薦いたします。

記

フリガナ

氏 名

性別 男 ・ 女

生年月日 平成 年 月 日 生 ( 歳)

以 上

学校推薦型選抜 (

卒)

受験番号

※

令和6年度

# 推薦理由書

生徒氏名 \_\_\_\_\_

医師あるいは医学研究者としての適性に関して、人物像等エピソードを交えて具体的に記入してください。

クラスあるいは課外における活動について、具体的に記入してください。

① 校外における活動状況

② 校内における活動状況

※印欄は記入しないでください。

学 校 名 \_\_\_\_\_

学 校 長 氏 名 \_\_\_\_\_

印