

令和4年度 浜松医科大学医学部医学科 第2年次編入学

| | | | |
|---|---|-------------|------------------|
| 受 験 番 号 | ※ | | |
| <h2 style="margin: 0;">推 薦 書</h2> <p style="text-align: right; margin: 5px 0;">令和 年 月 日</p> <p style="margin: 5px 0;">浜 松 医 科 大 学 長 殿</p> <p style="margin: 10px 0;">推 薦 者</p> <p style="margin: 5px 0;">住 所 (勤務先か自宅のいずれかにご記入願います。)</p> <p style="margin: 5px 0;">勤 務 先 ☎</p> <hr style="border: 0.5px solid black; margin: 2px 0;"/> <p style="margin: 5px 0;">自 宅 ☎</p> <hr style="border: 0.5px solid black; margin: 2px 0;"/> <p style="margin: 10px 0;">職 業</p> <hr style="border: 0.5px solid black; margin: 2px 0;"/> <p style="margin: 5px 0;">職 名</p> <hr style="border: 0.5px solid black; margin: 2px 0;"/> <p style="margin: 5px 0;">氏 名 ⑩</p> <hr style="border: 0.5px solid black; margin: 2px 0;"/> | | | |
| 下記の者を貴大学医学部医学科第2年次編入学志願者として推薦します。 | | | |
| フリガナ | | 男 ・ 女 | 生年月日 昭和 平成 年 月 日 |
| 氏 名 | | | |
| 推 薦 す る 理 由 | 推薦理由(本学アドミッション・ポリシーに照らし、特に優れていると認められる理由を簡潔に記入してください。) | | |

| | |
|--|--|
| 性 格 ・ 行 動 | |
| 学 業 ・ 研 究 の 状 況 な ど | |
| そ の 他 | |

- (注) 1. パソコン等を用いて、プリントアウトしたものを貼付しても差し支えありません。
(文字の大きさは10～11p程度)
2. 推薦者の氏名欄は、必ず推薦者本人が自筆で記入してください。
3. ※欄は、記入しないでください。