浜 松 医 科 大 学 帰 国 生　入 試 推 薦 書

（LETTER OF RECOMMENDATION）

浜 松 医 科 大 学 長 　殿

（To the President of Hamamatsu University School of Medicine）

出願者氏名

（Name of applicant）

 男（Male）

 女（Female）

在学期間（Period attended）

学　校　名（Name of institution）

所　在　地（Address）

学校長氏名（Name of principal）

署　名（Signature）

日　付（Date）

最終の卒業・修了又は、現在、在学中の学校の学長が作成してください。