

浜松医科大学海外教育プログラム特別入試推薦書

（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。