

推薦書交付申請書

【申請者】		【申請日】		年	月	日
フリガナ		生年 月日	昭和 平成 西暦	年	月	日
氏 名						
所 属 (学科・学年)	☐ 医学部 医学科 ☐ 医学部 看護学科	電話 番号	 * 日中に連絡が取れる電話番号を記入			
学籍番号		メール アドレス	 * 連絡が取れるメールアドレスを記入			

【提出先】	
病 院 名	 * 正式名称を記入してください。提出先ごとに申請書を記入してください。
使用目的	☐ マッチング・就職試験 ☐ その他 []
備 考	* 推薦書の宛名を、(病)院長の個人名にするよう指定されることがあります。その場合は、備考欄に(病)院長名を明記してください。 * 郵送を希望する場合、宛先を記載し、切手を貼った返信用封筒を添付してください。

* 指導教員の承認印を得たうえで、申請してください。

指導教員
印

大学記入欄

受 渡 日：	年	月	日
チェック：	☐	本人確認済み	

〒431-3192
 浜松市中央区半田山一丁目20番1号
 浜松医科大学 学務課教務係
 053-435-2203
 kyoumu@hama-med.ac.jp