

# 志願所信書（島根県枠）

受 験 番 号
（※この欄は記入しないでください。）

鳥取大学医学部医学科島根県枠に応募する理由と、どのような医師になりたいか等について、自由に記入すること。（800字以内）

注）黒のボールペンで、横書きで記入すること。

氏名：

	5	10	15	20
				5
				10
				15
				20

