

(医学部用)

# 推 薦 書

令和 年 月 日

鳥 取 大 学 長 殿

立

高 等 学 校  
中 等 教 育 学 校  
学 校

所 在 地  
学 校 長 氏 名

職 印

記 載 責 任 者

下記の者は、貴学の学校推薦型選抜の要件に該当し、特に優秀な生徒であるので、責任をもって推薦いたします。

## 記

| 志望学科             | 学科 | (保健学科のみ記入) | 専攻 | フリガナ | (男・女) |
|------------------|----|------------|----|------|-------|
|                  |    |            |    | 生徒氏名 |       |
| 推<br>薦<br>理<br>由 |    |            |    |      |       |
|                  |    |            |    |      |       |

※募集要項 P.16 記載の「推薦書記入上の注意事項」を参照してください。

※枠内に収まらない場合は次ページに記載し、A4サイズ両面1枚になるように印刷してください。

|      |        |
|------|--------|
| 受験番号 | (記入不要) |
|------|--------|

(医学部用 推薦書 (2 ページ目))

|      |  |
|------|--|
| フリガナ |  |
| 生徒氏名 |  |

|                  |  |
|------------------|--|
| 推<br>薦<br>理<br>由 |  |
|------------------|--|

|      |        |
|------|--------|
| 受験番号 | (記入不要) |
|------|--------|