（医学部用）

推　　薦　　書

令和　　年　　月　　日

鳥　取　大　学　長　　殿

高等学校

　　　　　立　　　　　　　　　　　　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 |  |
| 生徒氏名 | （ 男・女 ） |
| 推　薦　理　由 |  | | | | |

※募集要項P.17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　薦　理　由 |  | | |

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