

受験番号	※
------	---

推 薦 書

西暦 年 月 日

奈良県立医科大学長 殿

所在地： _____
学校名： _____
学校長名： _____ 公印
担当者名： _____ 印

下記の者は、推薦入学試験の趣旨を理解し、かつ貴学における学校推薦型選抜の出願資格要件の適格者であることを認めますので、責任を持って推薦します。

記

ふりがな		性別	生 年 月 日
氏 名			西暦 年 月 日
卒業見込 卒 業	西暦	年 月	(卒業見込 ・ 卒業)
推 薦 理 由			

(注) ※印欄は記入しないでください。