（緊急医師確保特別入学試験・地域枠入学試験 共通）

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

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）本学医学部医学科のアドミッション・ポリシーに対応する志願者本人の学習歴や活動歴を踏まえた学力の三要素に関する評価について記載してください。

推薦理由	記載責任者氏名：　　㊞

（注）※印欄は記入しないでください。
本様式は、本学ホームページに掲載の PDF データにより作成しても構いません。推薦理由欄は、Word 等で作成した文章を貼付しても構いません。その際は、本様式と貼付した紙の境目に割印（記載責任者印で可）を押印してください。