

推薦書

(西暦) 年 月 日

昭和医科大学学長 殿

学校名

学校長名

印

下記の者を貴大学（
医学部
歯学部
薬学部
保健医療学部）に学校推薦型選抜入試の適格者として推薦いたします。
※所定の学部を丸で囲んでください。

フリガナ			
氏名			
生年月日	(西暦) 年 月 日生	性別	
推薦理由 (学業成績・人物・その他に関する所見)			