|  |  |
| --- | --- |
| 受験番号 | ※ |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※印の欄は記入しないでください。令和5年度岐阜大学学校推薦型選抜Ⅱ

医学部医学科地域枠推薦「地域医療コース」

推　薦　書

令和　　年　　月　　日

岐阜大学長　殿

市町村名

市町村長名　　　　　　　　　　　　印

　下記の者は、岐阜県の地域医療に貢献する意志が明確でありますので、貴大学医学部医学科推薦入試（地域枠推薦）の地域医療コースに推薦します。

記

１　氏　　名

（ふりがな）

２　生年月日　　　平成　　年　　月　　日

３　性　　別　　　男性 ・ 女性

４　卒業した又は卒業見込の高等学校若しくは中等教育学校

５　卒業年月日又は卒業見込年月日

令和　　年　　月　　日　　卒業 ・ 卒業見込