|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | |  | 受験  番号 | ※ |
| **岐阜医療科学大学　2024年度 入学者選抜　　　　　　　 学校推薦書**  　岐阜医療科学大学長　様　　学　校　名  　　　　　　　　　　　　　　　　　校　長　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞  下記の生徒を成績・人物ともに貴学推薦入学適格者として推薦いたします。 | | | | | | |
| フリガナ |  | 男  ・  女 | 卒　業　年　月 | | | 課　　　程 |
| 氏　　名 |  | 年 月  卒業 ・ 卒業見込 | | | 科 |
| 生年月日 | 年　　 　月　　 　日生 | 志望学部学科 | * 保健科学部 臨床検査学科 * 保健科学部 放射線技術学科 * 看護学部 看護学科 * 薬学部 薬学科 | | | |
| 生徒会・クラス  の役員名 |  | | | | | |
| 所属クラブ・  部活動名と  活動歴 |  | | | | | |
| 学業成績概評 |  | | | | | |
| 人物素行所見 |  | | | | | |
| 特殊技能 |  | | | | | |
| その他の所見 |  | | | | | |
| 記載責任者  氏名 | ㊞ | | | | | |

　　学校推薦型選抜（指定校制・公募制）共通の書式です。（※欄は記入しないでください。）

　　本様式は、本学のホームページから「MS-Word文書形式」でダウンロードできます。

　　ダウンロードした電子ファイルの様式にてパソコン入力し作成したものも可とします。