

受験番号 M

※

# 推薦書

令和 年 月 日

大阪医科薬科大学長 殿

高等学校名

学校長氏名

印

下記の者を貴大学医学部指定校制推薦入試(専願制)の適格者として推薦いたします。

ふりがな			
氏名			
生年月日	年 月 日生	性別	
推薦理由(学業成績・人物・意欲・その他に関する所見)			

※受験番号は出願受付後に付番します。