学校推薦型選抜

受験番号	＊

推　薦　書

年　　月　　日

和歌山県立医科大学
学　長　　中　尾　直　之　　様

高等学校名
校　長　名　　印
記載責任者職・氏名　　㊞

下記の生徒を和歌山県立医科大学医学部学校推薦型選抜 { 一般枠 / 県民医療枠Ａ / 県民医療枠Ｂ / 地域医療枠 } の出願資格及び推薦要件に該当する者として責任を持って推薦します。

フリガナ		生年月日	年　月　日生
生徒氏名			

成績順位		第１学年	第２学年	第３学年	（第４学年）
	学　年	人中　番	人中　番	人中　番	人中　番
	クラス	人中　番	人中　番	人中　番	人中　番

（※１）＊印欄は大学で記入します。
（※２）一般枠、県民医療枠Ａ、県民医療枠Ｂ、地域医療枠のうち、推薦される募集枠を○で囲んでください。なお、県民医療枠Ａ及びＢについては併願が可能となっております。併願される場合は、両方を○で囲んでください。
また、各枠の内容については、募集要項の「２　学校推薦型選抜」をご覧ください。
（※３）成績順位について、正確な順位がでない場合は、推定の位置を記入し、推定と付記してください。

推薦する理由（できるだけ具体的な事例を挙げて、記述してください。）

※本大学・本学部等のアドミッション・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。なお、家族背景等、志願者本人以外の情報については記載しないでください。

学業、人物等について