

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 宮 下 和 久 様

高等学校名  
校 長 名  
記載責任者職・氏名

印  
印

下記の生徒を和歌山県立医科大学薬学部学校推薦型選抜（ 県内枠 / 全国枠 ）  
の適格者として責任を持って推薦します。

フリガナ		男	生 年 月 日	年 月 日生
生徒氏名		女		

成 績 順 位	学 年	第 1 学 年	第 2 学 年	第 3 学 年	(第 4 学 年)
	人 中 番	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) 県内枠、全国枠のうち、一つを○で囲んでください。  
なお、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) 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。）

学業、人物等について