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		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）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）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。なお、推定でも順位がだせない場合は空欄で提出してください。

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。