

受験番号

推薦書

平成 年 月 日

愛知医科大学長 殿

高等学校名

校 長 印

下記の者を貴大学医学部愛知県地域特別枠入学適格者として推薦いたします。

フリガナ	性別	男・女
氏 名	平成 年 月 日生	
1 勉学態度		
2 特別活動 課外活動		
3 人物の特徴		
4 医学への 志向性		
5 医学進学 への家族 の理解度		

(注) 太枠の中のみ記入してください。また、必要な箇所は○で囲んでください。