

受験番号

※記入不要

## 推 薦 書

年 月 日

愛知医科大学長 殿

高等学校名

校 長

㊟

下記の者を貴大学医学部学校推薦型選抜(愛知県地域特別枠A方式)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		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			

(注) 入学希望者の学習や活動の成果を踏まえた「知識・技能」「思考力・判断力・表現力」「主体性を持って多様な人々と協働して学ぶ態度」に関する評価についても含めて記載をしてください。