

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

⑩

下記の者を貴大学医学部学校推薦型選抜(公募制)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。