大学記載欄

受験番号※

2027 年度医学部医学科大阪府指定医療枠

推　薦　書

年　　月　　日

大阪公立大学長　様

所在地＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

学校名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

学校長＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 公印

下記の者は、貴大学医学部医学科 **大阪府指定医療枠** の趣旨を理解したうえで入学を希望し、また貴大学の教育理念に沿い勉学に専念する意志を持っており、その適格者として相応しい人物であることから推薦します。

記

被推薦者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（志願者）

生 年 月 日　＿＿＿＿＿年＿＿＿＿＿月＿＿＿＿＿日

卒業（見込）＿＿＿＿年　月　日　見込　・　卒業

以上