|  |  |
| --- | --- |
| 受験番号 | ※ |

**令和６年度**

**推　　薦　　書**

令和　　年 月 日

札幌医科大学長　山　下　　敏　彦　様

学校所在地

学校名

学校長氏名

印

次の者は、推薦要件に該当することから、札幌医科大学保健医療学部学校　推薦型選抜（　　　　　学科）志願者にふさわしい者であると認め、責任を持って推薦いたします。

記

フリガナ

氏 名　　　　　　　　　　　　　　 性別　男 ・ 女

生年月日 平成 年 月 日 生（ 歳）

以 上