|  |  |
| --- | --- |
| 受験番号 | ※ |

学校推薦型選抜（　　　　　　　　　　　枠）

**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、札幌医科大学医学部学校推薦型選抜（　 　　枠）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