令和9年度 医学部学校推薦型選抜（特別枠）

受験番号	※

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（特別枠）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