

学校推薦型選抜（特別枠）

受験番号	※
------	---

令和8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



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