

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

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