2025年度　大阪公立大学大阪府指定医療枠特別選抜

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | 受験番号 | ※ |
| 西暦　　　　年　　　月　　　日  推　　薦　　書    大阪公立大学長　殿  学校名  公印  学校長名    　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　推薦書作成者    職　　　名    　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　　名    下記の生徒は、貴学が実施する**大阪府指定医療枠特別選抜**の志願者の出願資格及び推薦要件に該当する者  と認め責任をもって推薦いたします。    記 | | | |
| 推薦する  学部名 | 医 学 部 | | |
| 学科名 | 医 学 科 | | |
| フリガナ |  | | |
| 氏名 |  | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 受験番号 | ※ |
| 【１】学習成績の状況に基づいた志願者の学年での順位  　　　　　　　位／　　　　　　　人中  ※学年での順位については、記入が可能な場合は記入してください。学年での順位の記入がなくても志願者の不利に なることはありません。  【２】推薦理由　※別紙「推薦書の作成について」をよく読んで、記入してください。 | | |
| （　　　　　　字）  「活動報告書」の有無：　有　・　無 | | |

（注）※印欄は記入しないでください。