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。