※の欄は記入しないでください。

推　　薦　　書

　　　年　　月　　日

大 阪 市 立 大 学 長 　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 学校名　　 |  |
| 学校長名　　 | 公印 |
| 学校所在地　　 |  |
| 　　　　　　  |
| 電話番号　　 |

推薦書作成者

|  |
| --- |
| 職　　名　　　 |
| 氏　　名　　　 |

下記の者は、貴学医学部医学科の学校推薦型選抜の出願資格及び出願要件に全て該当し、合格した場合は入学することを確約できる者と認め、責任をもって推薦します。

|  |  |
| --- | --- |
| 志望学部・志望学科　 | 医　学部　　　医　学科 |
| フリガナ志願者氏名 |  |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（男 ・ 女）　 |
| 生年月日 | 　　　　年　　　　月　　　　日 　　　（　　　歳） |
| 卒業見込 | 　　　　年　　　　月　　　　日　　　　　見　込 |

【１】　学習成績の状況に基づいた志願者の学年での順位

※の欄は記入しないでください。

※

|  |
| --- |
| 位/　　　　　　人中 |

|  |
| --- |
| 【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） |
| 様式3「活動報告書」の有無：有・無　 |