

受験番号※

2019 年度医学部医学科大阪府指定医療枠

推 薦 書

平成 年 月 日

大阪市立大学長 様

所在地 _____

学校名 _____

学校長 _____ 公印

下記の者は、貴大学医学部医学科 **大阪府指定医療枠** の趣旨を理解したうえで入学を希望し、また貴大学の教育理念に沿い勉学に専念する意志を持っており、その適格者として相応しい人物であることから推薦します。

記

被推薦者氏名 _____
(志願者)

生 年 月 日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

性 別 _____ 男 ・ 女

卒業 (見込) 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 見込 ・ 卒業

以上