

(推薦用)

|      |   |
|------|---|
| 受験番号 | ※ |
|------|---|

推 薦 書

西暦 年 月 日

奈良県立医科大学長 殿

|         |    |
|---------|----|
| 所 在 地   |    |
| 学校(学科)名 |    |
| 学 校 長 名 | 公印 |
| 担 当 者 名 | 印  |

下記の者は、貴学医学部看護学科における学校推薦型選抜入学の出願資格要件の適格者であることを認めますので、責任を持って推薦します。

記

|      |    |     |             |
|------|----|-----|-------------|
| ふりがな |    | 性 別 | 生 年 月 日     |
| 氏 名  |    |     | 西暦<br>年 月 日 |
| 卒業見込 | 西暦 | 年   | 月           |

(推薦理由) 本学医学部看護学科のアドミッション・ポリシーに対する志願者本人の学習歴や活動歴を踏まえた学力の三要素に関する評価について記載してください。

|                  |  |
|------------------|--|
| 推<br>薦<br>理<br>由 |  |
|------------------|--|

(注) ※印欄は記入しないでください。  
本様式は本学ホームページに記載の PDF データにより作成しても構いません。  
推薦理由欄は、Word 等で作成下文章を貼付しても構いません。その際は本様式と貼付した紙の境目に割印（担当者印で可）を押印してください。

以上