

推薦依頼書

令和 年 月 日

市(町・村)長様

所在地

学校名

高等学校

中等教育学校

学校長名



以下の者は、令和7年度岐阜大学医学部医学科推薦入試(地域枠推薦)のうち地域医療コースへの出願を志望しており、学業成績・人物ともに優れ、極めて優秀な生徒でありますので、貴市(町・村)から推薦いただきますよう依頼します。

出願予定者	ふりがな		生年月日
	氏名		平成 年 月 日
	住所	〒 電話	性別
	所属学科	科	コース
	卒業(見込) 年月日	年 月 日	卒業 卒業見込
出願予定者を扶養する者	ふりがな		出願予定者との続柄
	氏名		
	住所	〒 電話	

※扶養する者とは、原則出願予定者と生計を同一にする者、出願予定者の法定代理人をいいます。

わたくしは、上記事項が事実と相違ないことを確約するとともに、本推薦依頼書の提出をもって、貴市(町・村)が、令和7年度岐阜大学医学部医学科推薦入試(地域枠推薦)のうち地域医療コースへの出願資格の確認のため、わたくしの住所確認を行うことに同意します。

令和 年 月 日

出願予定者本人署名

出願予定者を扶養する者の署名
