

## 2026 年度医学部医学科大阪府指定医療枠

## 推 薦 書

年 月 日

大阪公立大学長 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

卒業(見込) \_\_\_\_\_ 年 月 日 見込・卒業

以上