2024年度　大阪公立大学 学校推薦型選抜

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 受験番号 |  ※ |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　西暦　　　　年　　　月　　　日推　　薦　　書　 大阪公立大学長　殿学校名公印学校長名　　　　　　　　　　　　　　下記の生徒は、貴学が実施する学校推薦型選抜の志願者の出願資格及び推薦要件に該当する者と認め責任をもって推薦いたします。 記 |
| 推薦する学部名 | 医学部 |
| 学科名 | リハビリテーション学科 | 専攻名 | 専攻 |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |

（注） 1. ※印欄は記入しないでください。

 2. 必ず**両面印刷**してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 受験番号 |  ※ |
|  |  |
|  | 項 目 | 所　　　　見　　　　等 |
| １ | 学業 |  |
| ２ | 人物 |  |
| ３ | 課外活動（特別活動） |  |
| ４ | 適性 |  |
| ５ | 生活態度その他 |  |
| ６ | 推薦理由 |  |

（注） 1. ※印欄は記入しないでください。

 2. ６項目全てがwordファイルＡ４・１ページに収まる範囲であれば、各所見等の欄の**縦幅**を適宜変更して

も構いません。ただし、その他の様式改変は認めません。