

受験番号※

2023 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