

三重大学医学部医学科学学校推薦型選抜（地域枠 B）推薦書

令和 年 月 日

尾 鷲 市 長 様

学校所在地

学 校 名

立 高等 学校
中等教育学校

学校長名 ⑩

下記の者は、学業成績・人物・健康ともに優れ、極めて優秀な生徒でありますので、三重大学医学部医学科学学校推薦型選抜（地域枠 B）志願者として責任をもって推薦します。

記

ふりがな		生 年 月 日	性 別
氏 名		平成 年 月 日	男・女
高等学校若しくは中等教育学校の所属学科		科・コース	
学校連絡先	電話： ()		
卒業年月日又は 卒業見込年月日	令和 年 月 日 卒業 ・ 卒業見込		

年（和暦）	月	学 歴
		小学校卒業
		中学校卒業

人 物	性格： 能力： 趣味：
課 外 活 動	スポーツ、文化クラブ活動、ボランティア活動：
特 記 事 項	表彰等：