推薦依頼書

令和　　年　　月　　日

　郡　上　市　長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　学校名　　　　　　　　　　　　　　　　高等学校

　　　　　　　　　　　　　　　　　学校長名　　　　　　　　　　　　　印

以下の者は、令和３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３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 |