

2024年度
学校推薦型選抜
(併願)

受験 番号	※
----------	---

2023年 月 日

推 薦 書

京都医療科学大学学長 殿

学校所在地

学 校 名

学校長氏名

印

下記の生徒を、貴大学の学校推薦型選抜 志願者として適格と認め、推薦いたします。

ふりがな	西暦		男・女
氏名	年	月	日生
学習の 状況			全体の学習成績の状況
人物所見			
推薦所見			

- [記入方法]
- ※印欄は記入しないでください。
 - 発行にあたっては、厳封してください。