

推 薦 依 頼 書

令和 年 月 日

大 紀 町 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 印

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、当校から責任をもって推薦しますので、三重大学医学部医学科学校推薦型選抜（地域枠 B）の志願者として推薦いただきますようお願いします。

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	
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		
本 人 住 所		〒 ー 都道府県 電話 ()		
扶養義務者	氏 名			
	住 所	〒 ー 都道府県 電話 ()		