AO入学試験（ふじた未来枠）

推　薦　書

平成　29　年　　月　　日

藤田保健衛生大学　学長　様

推薦者勤務先＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　推薦者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印
（自署）

推薦者自宅住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

日中連絡の取れる電話番号／携帯番号＿＿＿＿＿＿－＿＿＿＿＿＿－＿＿＿＿＿＿
（照会のため連絡することがあります）

受験生氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　受験生との関係＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

上記の受験生は、藤田保健衛生大学医学部ＡＯ入試（ふじた未来枠）で求める人物像に合致しているので推薦いたします。

○推薦理由：志願者がどのような形で本学に貢献できるのかを記入してください。

※ご記入いただいた個人情報は入学選抜のみに利用し、他の目的には使用いたしません。