推薦依頼書

令和　　年　　月　　日

市（町・村）長　様

所在地

学校名　　高等学校
中等教育学校

学校長名　　印

以下の者は、令和９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。

<table>
<tr><td rowspan="5">出願予定者</td><td>ふりがな</td><td colspan="2"></td><td>生年月日</td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td colspan="2"></td><td>平成　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="2">住　　所</td><td colspan="2" rowspan="2">〒

電話</td><td>性　別</td></tr>
<tr><td></td></tr>
<tr><td>所属学科</td><td colspan="3">科　　コース</td></tr>
<tr><td>卒業（見込）
年月日</td><td colspan="3">年　　月　　日　　卒業
卒業見込</td></tr>
<tr><td rowspan="3">出願予定者を扶養する者</td><td>ふりがな</td><td colspan="2"></td><td>出願予定者との続柄</td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td colspan="2"></td><td></td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="3">〒

電話</td></tr>
</table>

※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９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

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿