年　月　日

推　薦　書

聖マリアンナ医科大学長殿

所在地	
学校名	
学校長	㊞

下記の生徒は貴学の推薦基準に適するものと判断しますので、責任を持って推薦いたします。

記

神奈川県地域枠 受験番号	※	氏 名		男 ・ 女	生年 月日	年　月　日生
一般公募 受験番号	※					

Ⅰ.推薦理由

Ⅱ.担当教員の所見

1)個人の評価（長所、短所を含めて具体的に記入してください。）

2)集団生活における評価（長所、短所を含めて具体的に記入してください。）

特記事項

記載責任者氏名	㊞