

特別選抜
(ファミリー推薦制)

推 薦 書

2023年 9月 日

大阪歯科大学 学長 殿

推薦者氏名 _____ 印

下記の者は、特別選抜（ファミリー推薦制）[専願] の出願資格を満たし、貴学の学生として適格と認めますので、看護学部看護学科の志願者としてここに推薦いたします。

生徒氏名 _____

	氏名	(卒業時の姓)	受験者との続柄 (該当に○)		
			1.父	2.母	3.祖父
[推薦者] 卒業・修了 した者 または 在籍している者	生年月日	西暦 年 月 日	4.祖母	5.兄	6.姉
			7.弟	8.妹	9.夫
			10.妻	11.叔父	12.叔母
			13.いとこ	14.その他()	
	課程 いずれかに○ (該当に○)	[大学・大学院] <input type="checkbox"/> 歯学部 <input type="checkbox"/> 歯学研究科 <input type="checkbox"/> 医療保健学部 <input type="checkbox"/> 医療保健学研究科 (<input checked="" type="checkbox"/> 修士課程) ・ (<input checked="" type="checkbox"/> 博士課程)			
		西暦 年 月	<input checked="" type="checkbox"/> 修了(卒業)	・	<input checked="" type="checkbox"/> 在籍中 (年生)
	同窓会加入の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			