医療保健

推　薦

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 公募制(A日程)  【専願・併願】共通 |  | 指 定 校 制 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　いずれかに丸印を付してください。

推　　薦　　書

【日付を選択してください】

大阪歯科大学 学長 殿

学 校 名　【入 力 箇 所】

学校長名　【入 力 箇 所】　印

下記の者を医療保健学部（ 口腔保健学科　口腔工学科 ）の

学校推薦型選抜志願者として推薦いたします

※いずれかの学科に丸印を付してください。

志願者氏名　【入　力　箇　所】

推薦理由

【こちらに推薦理由をご入力ください】