**全学部**

**学校推薦型選抜　公募制**

推　　薦　　書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

大阪歯科大学

学長　川添　堯彬　殿

高等学校名

高等学校長　　　　　　　　　　　　　　印

　下記の者は、貴学「**学校推薦型選抜** **公募制**」の出願資格を満たすものと認め、志願者として推薦いたします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | |
| 志願者名 |  | | |
| 志望区分 | 学部 | 学科 | 志望する学部・学科に☑  （複数選択不可） |
| 歯学部 | 歯学科（併願） | □ |
| 医療保健学部 | 口腔保健学科（専願） | □ |
| 口腔保健学科（併願） | □ |
| 口腔工学科（専願） | □ |
| 口腔工学科（併願） | □ |
| 看護学部 | 看護学科（専願） | □ |
| 看護学科（併願） | □ |
| 推薦理由 | | | |
| 記載責任者（　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |