

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

下記の者を、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<br>志望する学部・学科に☑<br>(複数選択不可) | 歯学部    | 歯学科 (専願)    | <input type="checkbox"/> |
|                                 |        | 歯学科 (併願)    | <input type="checkbox"/> |
|                                 | 医療保健学部 | 口腔保健学科 (専願) | <input type="checkbox"/> |
|                                 |        | 口腔保健学科 (併願) | <input type="checkbox"/> |
|                                 |        | 口腔工学科 (専願)  | <input type="checkbox"/> |
|                                 |        | 口腔工学科 (併願)  | <input type="checkbox"/> |
|                                 | 看護学部   | 看護学科 (専願)   | <input type="checkbox"/> |
|                                 |        | 看護学科 (併願)   | <input type="checkbox"/> |

推薦理由

記載責任者 ( )