**全学部**

**学校推薦型選抜　指定校制**

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「**学校推薦型選抜指定校制**」の出願条件を満たすものと認め、志願者として推薦いたします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 志望区分※ | 歯学部 | 歯学科 |
| 医療保健学部 | 口腔保健学科　　　　　　口腔工学科 |
| 看護学部 | 看護学科 |
| フリガナ |  | |
| 志願者名 |  | |

※志望学科を〇で囲んでください。

|  |
| --- |
| 推薦理由 |
| 記載責任者（　　　　　　　　　　　　　　　） |