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（　　）