

推薦依頼書

令和 年 月 日

市（町・村）長 様

所在地
学校名
学校長名
高等学校
中等教育学校
印

以下の者は、令和8年度岐阜大学医学部医学科推薦入試（地域枠推薦）のうち地域医療コースへの出願を志望しており、学業成績・人物ともに優れ、極めて優秀な生徒でありますので、貴市（町・村）から推薦いただきますよう依頼します。

出願予定者	ふりがな			生年月日
	氏 名			平成 年 月 日
	住 所	〒		性 別
		電話		
	所属学科	科		
卒業（見込） 年月日	年 月 日			卒業 卒業見込
出願予定者を扶養する者	ふりがな			出願予定者との続柄
	氏 名			
	住 所	〒		
		電話		

※扶養する者とは、原則出願予定者と生計を同一にする者、出願予定者の法定代理人をいいます。

わたくしは、上記事項が事実と相違ないことを確約するとともに、本推薦依頼書の提出をもって、貴市（町・村）が、令和8年度岐阜大学医学部医学科推薦入試（地域枠推薦）のうち地域医療コースへの出願資格の確認のため、わたくしの住所確認を行うことに同意します。

令和 年 月 日

出願予定者本人署名
出願予定者を扶養する者の署名