

(様式第 1 号)

令和 8 年度三重大学医学部医学科学校推薦型選抜（地域枠 B）推薦依頼書

令和 年 月 日

鳥羽市長 様

学校所在地
学校名

立

高等学校
中等教育学校
高等専門学校

学校長名

印

下記の者は、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、
貴市から推薦していただきますようお願いいたします。

記

フリガナ				性別	
氏名				男・女	
生 年 月 日		平成 年 月 日			
高等学校若しくは 中等教育学校の所属学科		科 コース			
学 校 連 絡 先		電 話			
卒 業 年 月 日 又 は 卒 業 見 込 年 月 日		令和 年 月 日 卒業・卒業見込			
本 人 住 所		〒			
本 人 連 絡 先		電 話			
現 出 に 願 扶 予 養 定 す 者 を	氏 名				
	住 所	〒 三重県鳥羽市			
		居住期間	年 月 ～ 現在		
	電 話	自宅		緊急時	

※推薦依頼書添付資料、学校推薦型選抜(地域枠B)志願理由書、所信書及び調査書を添付してください。
※本推薦依頼書の提出をもって、市が出願予定者を現に扶養する者の住所確認を行うことに同意したものとみなします。