

推 薦 書

年 月 日

長野県知事 様

学校長 印

下記の者は、将来、長野県内の医療機関に従事し、地域医療に携わることがふさわしい者であることを認め、東京医科歯科大学地域特別枠推薦選抜（医学部医学科）長野県枠に出願することを推薦いたします。

記

ふりがな
氏 名

生年月日 年 月 日

年 月 卒業・卒業見込み

- (注)・推薦できる対象者は、令和3年3月卒業見込みの者又は卒業後2年以内の者です。
- ・東京医科歯科大学地域特別枠推薦選抜（医学部医学科）長野県枠の出願の際には、別途、東京医科歯科大学が定める推薦書の提出が必要です。