

令和7年度三重大学医学部医学科推薦入試（地域枠B）推薦依頼書

令和 年 月 日

（宛先）志摩市長

学校所在地
学校名

立 高等学 校
中等教育学校

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		〒 都道府県			
本 人 連 絡 先		電 話	()		
扶出 願 養 予 定 者 を 現 に 者 に	氏 名				
	住 所	〒 三重県志摩市			
		居 住 期 間 年 月 日 ～ 現 在			
	電 話	自 宅	()	緊 急 時	()

※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居住確認を行うことに同意したものとみなします。

※推薦依頼書添付資料、推薦入試（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。