

2024 (令和6) 年度 一般選抜

地域医療枠

神奈川県指定診療科枠

推薦書

_____年__月__日

横浜市立大学長 様

学校名 _____

学校長 _____ 印

志願者 ※本人により 記入のこと	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	西暦 年 月 日
※出身校が廃校になった者、高等学校卒業程度認定試験合格者の場合は、横浜市立大学 (045-787-2055) に電話をして志望の意志確認を受け、以下の事項を記入して提出。 志望確認を受けた日 (月 日) 担当者氏名 ()		

上記志願者は、神奈川県内の医師不足の改善に寄与するという意思を持ち、横浜市立大学医学部医学科への入学を希望し、入学を許可された後は貴学の教育理念に沿い勉学に専念する意思を持っていますので、入学者としてふさわしい人物として、推薦いたします。

なお、上記志願者の希望する志願枠は、以下のとおりです。

※志願者は該当の <input type="checkbox"/> の中にチェック(「レ」)を記入しておくこと。
「一般枠」を希望し、さらに
<input type="checkbox"/> 「地域医療枠」・「神奈川県指定診療科枠」のいずれも希望する。 志望パターン1またはパターン2に該当 神奈川県内所在の高校出身者、または入学までに神奈川県内に1年以上の居住歴が必要
<input type="checkbox"/> 「地域医療枠」を希望する。 志望パターン3またはパターン4に該当 出身高校所在地や神奈川県内居住歴の制約なし