

(様式2)

# 推 薦 書

令和 年 月 日

- 岩手県知事 達増 拓也 様(岩手県医師修学資金)
- 岩手県医療局長 小原 重幸 様(医療局医師奨学資金)
- } 様

高等学校名 \_\_\_\_\_

校 長 名 \_\_\_\_\_ 職印

下記の者は、岩手医科大学学校推薦型選抜地域枠A（岩手県出身者枠）・岩手医科大学学校推薦型選抜地域枠B（東北出身者枠）の出願予定者であることを証明し、貸与候補生として責任をもって推薦します。

記

ふりがな		男・女	生年月日 (和暦)	年 月 日生
氏 名				