

(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	生年月日	
氏 名		・	(和 暦)	年 月 日生
		女		