|  |  |
| --- | --- |
| 本学使用欄 | ※ |
| 受験番号 | ※ |

推　薦　書

西暦　　　　　年　　　月　　　日

新潟薬科大学 学長　様

学 校 名

校　　長　　　　　　　　　　　　　　　印

下記の者を新潟薬科大学薬学部薬学科入学適格者として推薦いたします。

■出願する試験区分に☑を付けてください。

|  |  |
| --- | --- |
|  | 学校推薦型選抜試験　指定校制 |
|  | 学校推薦型選抜試験　薬学入門講座 |
|  | 学校推薦型選抜試験　一般公募制 |

■文字数制限やフォントサイズの指定はありません。（枠線を移動するなど）1ページに収まるよう調整してご利用ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 男 ・ 女 | 西暦　　　　　　年　　月 卒業見込み |
| 氏　　名 |  |
| 学業成績概要 |  |
| 人物・性格所見 |  |
| 運動競技・特殊技　能・資　格 |  |
| その他の所見 |  |