2024 年度
国際医療福祉大学大学院

様式5

＊大学院使用欄（記入不要）

受験番号	＊

学内推薦入試　推薦書

年　　月　　日

国際医療福祉大学大学院長　殿

次の学生を国際医療福祉大学大学院の入学適格者と認め、推薦いたします。

氏　名		西暦 年　　月 卒業 ・ 卒業見込 修了 ・ 修了見込
課程･専攻 分野･領域	１．修士課程　保健医療学専攻 ２．修士課程　医療福祉経営専攻 ３．博士課程　保健医療学専攻 ４．修士課程　生命薬科学専攻 ５．博士課程　医療・生命薬学専攻 分 野　　領 域	
特記事項	推薦するにあたり、特記事項があれば記載してください	
＊博士課程志願者で修士課程修了（見込）者のみ記載	修士課程在籍時の 研 究 指 導 教 員：　　（ 在籍中 ・ 退官 ）	
推薦者	氏　名　　印 所　属 職　位	

<推薦者について>

・医療福祉学研究科の推薦者は、出願時点で、大学・大学院を問わず本学(全キャンパス)に在籍する教員に限ります。

・薬科学研究科の推薦者は現薬学部長に限ります。

・薬学研究科の推薦者は現薬学部長もしくは現薬科学研究科長に限ります　(卒業または修了の状況により異なります)。

大 学 院 使 用 欄	