2024年度

様式５

　　＊大学院使用欄（記入不要）

|  |  |
| --- | --- |
| 受験番号 | ＊ |

国際医療福祉大学大学院

**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 |
| 課程・専攻  分野・研究領域 | 博士課程　医学専攻 | | |
| 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 | | |
| 推薦者 | 氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印  所　属  職　位 | | |

　<推薦者について>

　 ・医学研究科の推薦者は現医学部長に限ります。

|  |  |
| --- | --- |
| 大 学 院 使 用 欄 | |
|  |  |