

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
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	