受験番号	※記入しないでください。

推　薦　書

広　島　大　学　長　殿

下記の者は，人物・学業ともに優れ，貴学学校推薦型選抜Ⅱ型医学部医学科（ふるさと枠）の推薦要件に該当するものと認め，ここに責任をもって推薦いたします。

万が一，推薦された者が義務の履行を怠った場合（本学医学科生のカリキュラムや広島県の示すキャリア形成プログラムから不同意離脱する等。）には，ふるさと枠の制度趣旨に鑑み，その目的を維持するため，推薦人数を一定期間制限される場合があることについて承諾します。

学校名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

学校長名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

記載責任者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

志願者氏名（ふりがな）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日　平成　　年　　月　　日生

1．推薦理由（※1）

2. 学業（※2）

学年全体における成績順位（※3）	備　　考
第1学年　　位／　　人中	
第2学年　　位／　　人中	
第3学年　　位／　　人中	

3. 人物（※4）

4. その他

記入上の注意

※1　推薦理由には，医学部医学科のアドミッション・ポリシーに対応する被推薦者の学習歴や活動歴を踏まえた学力の三要素に関する評価について記入してください。
　また，ふるさと枠に対する被推薦者の意気込み，使命感等を含め，推薦者が推薦する理由についても具体的に記入してください。

※2　学業に関する事項については，授業中の状況，勉学に対する自発性，計画性，持続性，創造的思考能力等について，具体的に記入してください。

※3　学年全体における成績順位を算出できない場合は，学科，コース，類型等における成績順位を記入し，その旨を備考欄に記入してください。

※4　人物については，具体的かつ詳細に記入してください。