|  |  |
| --- | --- |
| 受験番号 | **G** |

※ 記入しないでください

弘前医療福祉大学長　殿

**弘前医療福祉大学大学院　修士課程**

**地域健康支援学研究科　地域健康支援学専攻**

**令和６年度　大学推薦型選抜**

**推　薦　書**

年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 志願者 | 氏名 |  |
| 所属大学・学部・学科等 |  |
| □卒業見込み（　　　　　年　　月） |
| 3年次までの必修科目  修得状況 | □全て修得している |
| 学業成績**※１** | GPA**※２**（　　　　） |
| 推薦者 | 氏名 | ㊞ |
| 所属大学・学部・職位 |  |
| 志願者との関係 | □学長　　□指導教員  □その他（　　　　　　　　　　　） |
| 指導予定教員氏名 | | □生活支援学分野  □自立支援学分野  氏名 |
| 事前相談日 | | 年　　月　　日 |

□には該当箇所に☑を入れてください。

※１　成績証明書を添付してください。

※２　3年次までの累積GPAを記載してください。

注）推薦者は，学長または指導教員等が望ましい。推薦書は厳封して提出してください。

（裏面に続く）

推薦理由（入学志願者の研究に対する取組姿勢や能力等について記載してください。）

|  |
| --- |
|  |