

2025年度崇城大学一般公募制推薦選抜推薦書

薬学部 離島枠用

		受験 番号	※
令和 年 月 日			
崇城大学長 殿			
高等学校名			
学 校 長			
(印)			
下記生徒を貴学一般公募制推薦選抜 (離島枠) 志願者として 認め、推薦いたします。			
フリガナ	(志望学科/コース名)		
氏名	学科		
生年月日	平成 年 月 日	コース・専攻	
推 薦 基 準	<input type="checkbox"/> 3学年1学期までの全体の学習成績の状況が4.0以上の者 <input type="checkbox"/> 高等学校の卒年による推薦基準 ・2025年3月高等学校卒業見込みの者 ・2023年3月高等学校を卒業した者 ・高等学校卒業認定試験合格者 (2025年3月までの合格見込みの者を含む)については、 予備校長等の推薦が得られる者 (2023年3月以降の合格者に限る) <input type="checkbox"/> 長崎県、鹿児島県、沖縄県内の離島にある小学校、中学校、高等学校のいずれかの学校に、併せて 3年以上在学した者(長崎県、鹿児島県、沖縄県以外の離島については事前に入試課までご相談ください) <input type="checkbox"/> 離島における地域医療に強い関心を持ち、卒業後は離島地区において薬剤師として就業する意思が ある者		
在 学 中 の 実 績 等	【推薦に値する具体的な事実や実績等についてご記入ください】		
記 載 責 任 者	(印)		

(注) ※印欄は記入しないでください。