

2027 年度崇城大学指定校推薦選抜推薦書

薬学部用
(薬学科)受験
番号

※

2026年 月 日

崇 城 大 学 長 殿

高等学校名

学 校 長 名

印

下 記 生 徒 を 貴 学 薬 学 部 指 定 校 推 薦 選 抜 志 願 者
と して 適 当 と 認 め 、 推 薦 い た し ま す 。

フリガナ		(志望学科名)
氏 名		薬学科
生年月日	年 月 日	
推 薦 基 準	3 学年1 学期末までの全体の学習成績の状況が 4.0 以上の者	
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。