

2024 年度崇城大学専願推薦選抜推薦書

薬学部用

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 薬学部 専願推薦選抜志願者として認め、
推薦いたします。

フリガナ

氏 名

生年月日

平成 年 月 日

推
薦
基
準

- ☐ 2024年3月高等学校卒業見込みの者
- ☐ 高等学校既卒者については2022年3月または2023年3月に卒業した者
- ☐ 高等学校卒業認定試験合格者(2024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
※2022年3月以降の合格者に限る
- ☐ 本学へ入学を強く希望する専願者

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。