

2026 年度入学者選抜 湘南医療大学 薬学部
特定地域指定型選抜 推薦書

※受験する試験区分に○印をつけてください。

薬学部医療薬学科	
☐	I 期（専願）
☐	II 期（専願）

受験番号（※この欄は記入しないでください）

湘南医療大学 学長 殿

記入日 年 月 日

所在地

高等学校名

学校長名 印

貴学が実施する特定地域指定型選抜試験に、下記の者を推薦いたします。

■生徒氏名

■推薦理由

※本学・学部・学科のアドミッション・ポリシーに対応する志願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載してください。

■その他、様々な諸活動において特筆すべきことがあればご記入ください。

記載責任者名

印