

湘南医療大学 2027 年度入学者選抜
学校推薦型選抜（特定地域指定型）推薦書

○	薬学部医療薬学科
---	----------

受験番号

(大学記入欄)

※特定地域指定型は薬学部医療薬学科のみです。

記入日 年 月 日

湘南医療大学 学長 殿

所在地

高等学校名

学校長名

印

貴学が実施する学校推薦型選抜試験（特定地域指定型）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