

# 推薦書

大学記入欄

順天堂大学 学長殿

年 月 日

所在地

学校名

校長名

印

次の生徒は、順天堂大学保健医療学部入学にふさわしいものと認め、ここに推薦いたします。

フリガナ  
氏 名

生年月日

年 月 日生

## 推薦所見

本大学・本学部のアドミッション・ポリシーに対応する志願者本人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ご記載をお願いいたします。

記載責任者

連絡先電話番号

印

-

-

順天堂大学保健医療学部

〒113-8421 東京都文京区本郷 2-1-1

TEL 03-5802-1660