

受付	会議	認定

推 薦 願

平成 年 月 日

北海道札幌南高等学校長 殿

(平成 年 3 月卒業)

3 年 組 生徒 署名 _____.

保護者 署名 _____ 印.

下記の大学を受験したいので、推薦して下さるようお願いいたします。
 なお、併願不可の大学に合格した場合は必ず進学することを約束します。

学校名	大学	学部	学科
推薦 基準	ランク以上	(その他)	
	以上	併願 可・否 (いずれかを○で囲む)	
指定校推薦・公募制推薦 (いずれかを○で囲む)			
校内申込締切日	H 年 月 日 ()		指定人数 名
出願受付期間	H 年 月 日 () ~ H 年 月 日 ()		
試 験 日	H 年 月 日 ()	発 表 日	H 年 月 日 ()
受 験 地			
試 験 内 容	面接 学科試験 小論文 実技 その他 ()		
書 類	学校で整 える書類	調査書 推薦書 身上書 卒業見込証明書 在学証明書 その他 ()	
	本人が整 える書類	願書 推薦書 検定料 その他 ()	
推薦を申込むに当たっての希望事項及び推薦書を書く上での参考事項があれば記入すること。			
札幌医科大学医学部医学科志望の場合、下の () 内に第 1 志望に 1, 第 2 志望に 2 を記入のこと。 地域枠 () 特別枠 () (第 2 志望がないときは「1」のみを記入のこと)			
担任署名			印