

受験番号	※
------	---

※の欄は、記入しないこと。

# 推 薦 書

年 月 日

東京医科歯科大学長 殿

学校所在地 \_\_\_\_\_

学 校 名 \_\_\_\_\_

校 長 名 \_\_\_\_\_

公  
印

下記の者は、貴学歯学部歯学科の学校推薦型選抜の要件に全て該当し、合格した場合は入学することを確約できる者と認め、責任をもって推薦します。

記

フリガナ

氏 名 \_\_\_\_\_

性別 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 生

歯学部歯学科の推薦要件に該当する理由を、600字以内で要件毎に具体的に記載してください。

推薦要件（1）高い基礎学力とバランスの取れた人格を持つこと。

推薦要件（2）優れた語学力（英語力）とそれに伴う豊かな国際感覚を持つこと。



推薦要件（3）歯学に対する強い関心を持つこと。

A large empty rectangular box with a thin black border, intended for the applicant to provide evidence of their strong interest in dentistry.