

受験番号	※
------	---

※の欄は、記入しないこと。

# 推 薦 書

年 月 日

東京科学大学長 殿

学校所在地 \_\_\_\_\_

学 校 名 \_\_\_\_\_

校 長 名 \_\_\_\_\_

公  
印

下記の者は、貴学歯学部口腔保健学科口腔保健衛生学専攻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

## 口腔保健学科口腔保健衛生学専攻

下記の推薦要件に合致していることを示す推薦文を、1,000 字程度で記入してください。

### <推薦要件>

- ・高い基礎学力とバランスの取れた人格を持ち、口腔保健衛生学への強い関心がある。
- ・高い語学力（英語力）およびそれに伴う豊かな国際感覚を持っている。
- ・推薦にふさわしい優れた能力や活動体験がある。