

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、貴学歯学部口腔保健学科口腔保健工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工学専攻

歯学部口腔保健学科口腔保健工学専攻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）口腔保健工学に対する強い関心を持つこと。

推薦要件（４）ものづくりへの高い関心と意欲を持つこと。