|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （様式２） | | | |  | |
| 推薦書  令和　　　年　　　月　　　日  **□**　岩手県知事　　　　達増　拓也　様（岩手県医師修学資金）  様  **□**　岩手県医療局長　　小原　重幸　様（医療局医師奨学資金）    高等学校名  校長名　　　　　　　　　　　　　　　　　職印  　下記の者は、岩手医科大学学校推薦型選抜地域枠Ａ（岩手県出身者枠）・岩手医科大学学校推薦型選抜地域枠Ｂ（東北出身者枠）の出願予定者であることを証明し、貸与候補生として責任をもって推薦します。  記 | | | | | |
| ふりがな |  | 男・女 | 生年月日  （和暦） | | 年　　　月　　　日生 |
| 氏名 |  |