

推 薦 書

年 月 日

長野県知事 殿

大学の学長又は学部長

氏 名

印

下記の者は、本学に在学中であり、身体強健で、人物学業ともに優れ、将来知事が指定する長野県内の医療機関(へき地医療機関等)の業務に、医師として携わる見込みがありますので、長野県医学生修学資金の貸与を受けることを適当と認めます。

記

氏 名

現住所

大学 学部 学科 学年

地域枠入学(※ はい(入学年度: 年), いいえ)

(備考) ※のところは、該当するものを○印で囲み、「はい」の場合は、入学年度を記載する。

地域枠: 地域医療等に従事する明確な意思を持った学生を選抜する入試枠