

※受験番号

S

令和8年度 獨協医科大学医学部
学校推薦型選抜（指定校制（地域枠））申込書

申込対象県	栃木県 ・ 埼玉県 ・ 茨城県 (※いずれか1つを○で囲んでください。)	
フリガナ		
氏 名		
生年月日	平成	年 月 日
現 住 所	〒 —	
電話番号	— —	
携帯電話	— —	
出身高等学校等	所 在 地 (都道府県名)	都道 府県
	学 校 名	
記入欄が不足の場合は別紙（適宜様式）により提出のこと。 志願理由		
獨協医科大学における申込対象県の地域枠概要及び医師修学資金制度、並びに入学後のカリキュラム上の条件について募集要項を読み理解していますか。 (必ずどちらかを○で囲んでください。) はい ・ いいえ		

※備考

※記入不要