西暦　　　　　　年　　　月　　　日

獨協医科大学長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　学校名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　校長名　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記載責任者　　　　　　　　　　　　　　印

推　薦　書

　下記の者は、貴学の実施される学校推薦型選抜（□指定校制・□栃木県地域枠・□埼玉県地域枠・□茨城県地域枠・□公募（地域特別枠））の推薦基準をすべて満たしている者と認め責任を持って推薦いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな  被推薦生徒氏名 |  |

推薦の理由

人物評価

獨協医科大学医学部のアドミッション・ポリシーに対応する志願者本人の学習歴や活動歴を踏まえた学力の三要素に関する評価について記載してください。また、生徒の努力を要する点などその後の指導において特に配慮を要するものがあればその内容についても記載してください。

○知識・技能

○思考力・判断力・表現力

○主体性を持って多様な人々と協働して学ぶ態度

特記事項