受験番号	※

※欄は記入しないでください

西暦　　年　　月　　日

推　薦　書

東京歯科大学長　殿

高等学校名

学 校 長 名　　印

下記の者は人物・学力ともに優秀であり、貴学への入学を強く希望しております。
よって貴学の学校推薦型選抜入学志願者として責任をもって推薦いたします。

記

ふりがな
生徒氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 男・女

西暦　　年　　月　　日生（　　歳）　西暦　　年　　月　卒業・卒業見込

学業成績概評（志願者本人の学習や活動の成果を踏まえた「学力の 3 要素」に関する評価について記載する）

人 物 概 評

（生徒の努力を要する点、修学指導において特に配慮を要するものがあれば記載する）

推 薦 理 由