

※欄は記入しないでください

※

2027年度 愛知学院大学 同窓生推薦入学試験

推 薦 書

受 験 者 氏 名	
受 験 者 出 身	県 ☐ 公立 ☐ 私立
高 等 学 校 名	高等学校

上記の者(血族、三親等内)を愛知学院大学歯学部推薦いたします。

年 月 日

同 窓 生 氏 名	
卒 業 年 月	年 月 卒業 (第 回生)
住 所	〒 Tel< > —
開 業 医 院 名 or 勤 務 先 名	Tel< > —

この推薦書は、同窓生が記入し、他の出願書類とともに提出してください。