

鳥取県立米子東高等学校長 様

学校推薦型選抜応募願（過卒生）

（鳥取大学医学部医学科用）

私は、推薦入試による次の大学への出願を希望しますので、推薦していただきますようお願いいたします。なお、下記の条件を遵守することを誓約します。

（指定校制 専願公募制 併願可公募制） *いずれかに○印

大 学 等 名 称			出 願 期 間
鳥取大学	医学部	医学科	月 日 ~ 月 日 必着・消印有効

出願区分（希望するアルファベットに○印を記入）

	【特別養成枠】	【地域枠】
A	①	
B	①	②
C		①

（参考）鳥取大学入学者選抜要項より一部抜粋（詳細は募集要項を見ること）

- ・「地域枠と特別養成枠」の区分で出願した場合、「特別養成枠」を優先して選抜し、合格者とならなかった場合、「地域枠」として選抜の対象となる。

令和_____年3月卒業

生徒氏名 _____ 保護者氏名（自筆） _____

連絡先 Tel. _____

※ 連絡先は確実に連絡の取れる電話番号を記入すること。

<条件> 合格が決定した場合には、必ず入学すること。