

推 薦 書

年 月 日

神戸薬科大学長

所 在 地

学 校 名

校 長 名

印

貴大学（6年一貫制の薬学部・薬学科）の学校推薦型選抜（公募制・専願型）に、下記の生徒を
適当と認め推薦いたします。

記

フリガナ		性 別	生 年 月 日
生徒氏名		男・女	西暦 年 月 日生

所 見

学力の三要素（①知識・技能②思考力、判断力、表現力③主体性を持って多様な人々と協働して
学ぶ）に関する評価について特筆すべきことがあれば記載願います。また、生徒の努力を要する
点など入学後の指導において特に配慮するものがあれば記載願います。

--

※出願期間 2024年11月1日（金）～11月6日（水）必着

なお、出願資格につきまして、募集要項p.10をご確認いただきますよう、よろしくお願いいた
します。