医学部医学科　地域特別枠推薦入試用

（記入に当たっては，本募集要項35ページの「愛媛大学医学部の基本理念等」を参照してください。）

自　己　推　薦　書

平成　　年　　月　　日

フリガナ
志願者氏名

昭和
平成　　年　　月　　日生（男・女）

平成　　年　　月　高　等　学　校
中等教育学校　卒業・見込