

(学校推薦型選抜(一般) A 日程・久留米大学特別枠推薦型選抜・福岡県特別枠推薦型選抜用)

| 2024年度 久留米大学 面接票 | | | | 受験番号 | ※ |
|---|--------|--------------------|------------|------|--|
| (ふりがな) 氏名 | 姓 | 名 | | 男・女 | 写真貼付欄 (縦4.0cm・横3.0cm) 1. 正面、脱帽上半身に撮影 2. 出願前3カ月以内に撮影 3. 写真裏に氏名記入 4. 全面のりづけ |
| | 生年月日 | | 年 月 日生 | | |
| 現住所 | 〒 - | | | | |
| 電話番号 | 自宅 - - | 携帯 | - - | | |
| 出願資格 | 高等学校名 | 都・道 国 立 府・県 公 立 | 高等学校 | | |
| | 資格 | 卒業見込・卒業 | 年月(予定) 年 月 | | |
| 卒業後の履歴 (注3) | 年 月～ | | | | |
| | 年 月～ | | | | |
| 【久留米大学特別枠推薦型選抜を志願される場合は記入してください。】 | | | | ※備考 | |
| 意思確認 | | | | | |
| 久留米大学長 殿 年 月 日 | | | | | |
| 久留米大学特別枠推薦型選抜を志願するにあたり、久留米大学に入学しましたおりは、出願資格③「本学を卒業後、久留米大学病院または久留米大学医療センターにおいて臨床研修(2年)を行い、臨床研修終了後、上記いずれかの病院において4年間勤務すること」を遵守いたします。 | | | | | |
| 氏名 ㊟ | | | | | |
| 【福岡県特別枠推薦型選抜を志願される場合は記入してください。】 | | | | | |
| 意思確認 | | | | | |
| 久留米大学長 殿 年 月 日 | | | | | |
| 久留米大学福岡県特別枠推薦型選抜を志願するにあたり、久留米大学に入学しましたおりは、大学卒業後2年以内に医師国家試験に合格した後、速やかに医師免許を取得し、奨学金の貸与を受けた期間の1.5倍の期間(通常は9年間で、2年間の初期臨床研修期間を含む)、県内の病院および診療所の外科、小児科、産婦人科、救急科、麻酔科および総合診療のいずれかでの勤務すること、原則、福岡県が策定したキャリア形成プログラムを適用すること」を遵守いたします。また、在学中に、原則、福岡県が策定したキャリア形成卒前プランを適用することを遵守いたします。 | | | | | |
| 氏名 ㊟ | | | | | |

面接票記入上の注意

1. 文字は、黒インク(又は黒ボールペン)で、自筆で記入すること。
2. 空白がないようにすべての欄に記入し、該当文字は○でかこむこと。
3. 既卒者は卒業後の履歴を記入すること。(予備校名、入学した大学と学部名、自宅学習など)
4. ※印の受験番号欄と備考欄は記入しないこと。

2024年度

受験番号 ※

年 月 日

推 薦 書

久留米大学 医学部長 殿

推薦者

学 校 名

学校長氏名

印

下記の生徒は、貴大学医学部医学科推薦型選抜入学志願者として適切と認め推薦いたします。

| | | | |
|-------------|-------------|----------------|--------------------|
| フリガナ | | 性 別 | 男 ・ 女 |
| 氏 名 | | 生 年 月 日 | 年 月 日生 |
| 志望学部 学 科 | 医 学 部 医 学 科 | 卒 業 見 込 年 月 | 年 3月卒業見込 年 3月卒業 |

推薦理由

(本人の学習歴や特殊技能、活動歴(生徒会、クラブ、部活動、芸術、文化、社会活動)を踏まえた「知識・技能」「思考力・判断力・表現力」「主体性を持って多様な人々と協働して学ぶ態度」に関する評価を記入すること)

- [注] 1. ※印のある欄には、記入しないでください。
2. この推薦書は出身学校で「調査書」とともに厳封してください。
3. パソコン等による作成が可能です。文面の貼りつけはご遠慮ください。
4. 推薦理由はフォントサイズ11ポイントで入力ください。
5. 印刷は片面、両面どちらでも構いません。A4サイズで印刷してください。

受験番号 ※

A large rectangular area for writing, bounded by a solid line. The interior is filled with horizontal dashed lines, providing a guide for text entry.

受験生氏名

久留米大学特別枠推薦型選抜・福岡県特別枠推薦型選抜

推 薦 書

年 月 日

久留米大学 医学部長 殿

別紙推薦書で推薦した生徒（氏名 ）は、貴大学医学部
医学科久留米大学特別枠推薦型選抜または福岡県特別枠推薦型選抜の出願資格
である卒業後の医療従事要件を順守し、将来地域医療に貢献できる人材として
適切と認め推薦いたします。

推 薦 者

学 校 名

学校長氏名

印

【久留米大学特別枠推薦型選抜】

本学を卒業後、久留米大学病院または久留米大学医療センターにおいて臨床研修（2年）を行い、臨床研修終了後、上記いずれかの病院に4年間勤務すること

【福岡県特別枠推薦型選抜】

- ・ 大学卒業後2年以内に医師国家試験に合格した後、速やかに医師免許を取得し、奨学金の貸与を受けた期間の1.5倍の期間（通常は9年間で、2年間の初期臨床研修期間を含む）、県内の病院および診療所の外科、小児科、産婦人科、救急科、麻酔科および総合診療のいずれかでの勤務すること
- ・ 原則、福岡県が策定したキャリア形成プログラムを適用すること
- ・ 在学中に、原則、福岡県が策定したキャリア形成卒前プランを適用すること