

受験番号
※

志 願 理 由 書 (医学部医学科地域医療枠志願者用)

志願者	フリガナ		性 別	男 ・ 女		
	氏 名		生年月日	昭和 平成	年 月 日	生

- 〈記入上の注意〉
1. 志願理由は、群馬県内の地域医療に貢献したいという明確な理由について、志願者本人が 400 字以内で記入 (自筆) してください。
 2. 記入は、黒のボールペン又は万年筆で横書きとします。
- ※印欄は記入しないでください。