様式　前3

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	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（消せるボールペンは不可）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。