様式　前4

| 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。