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	生　年　月　日
	氏　　名		男　・　女	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。