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	
	氏　　名	

〈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 字以内で記入してください。

2．パソコン入力する際には、文字サイズ（16 ポイント）やフォント（MS 明朝）等の設定は変更しないでください。
手書きの場合は、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。