

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	

[illegible]

〈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。