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（自筆）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。