

推 薦 状

申請プログラム ☐ 東北大学病院歯科医師臨床研修 単独型プログラム
☐ 東北大学病院歯科医師臨床研修 複合型プログラム

申請者氏名 _____

申請者生年月日 _____

上記の者、当該歯科医師臨床研修プログラムの出願資格に該当する者と認め、
推薦いたします。

※学業、人物等に関する特記事項があれば、ご記入ください。(必須ではありません。)

(記入者職・氏名)

2025年 月 日

【在学又は出身大学（歯学部）名】

【学 部 長】

印

【注意事項】

1. 申請プログラムについて

応募するプログラムに「✓」をつけてください。

単独型と複合型を併願する場合は、両方に「✓」をつけてください。

2. 学業、人物等に係る特記事項について

この項目は必須ではありませんので、何かあれば、ご記入ください。

また、ご記入いただくのは、学部長の他、教務委員長、クラス担任、ゼミや課外活動の指導教員等、申請者が在籍する（又は卒業した）大学の教員であれば、どなたでも結構です。

3. 発行者（大学）により厳封のうえ、提出願います。