**推　　薦　　状**

* **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。