受験番号	※

推　薦　書［公募制推薦］

2026年　　月　　日

明治薬科大学長　殿

高等学校名

校長名　　印

下記の者は、貴学推薦入学の適格者と認められるので推薦致します。

フリガナ		性別
氏名		男・女
生年月日	年　　月　　日	
卒業（見込み）年月日	年　　月　　日 卒業・卒業見込み	

この欄には、学習についての所見、在学中の状況等を含めて推薦理由をお書き下さい。

記載責任者名	㊞

（注）この推薦書は出身高等学校が作成し、厳封したものとします。

「※」欄は記入しないでください。