

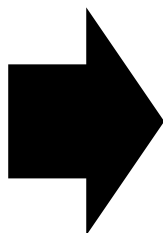
平成30年度 滋賀医科大学 医学部医学科第2年次後期学士編入学に係る
出願書類の変更について（予告）

平成29年12月14日 滋賀医科大学

平成30年度の学生募集から以下のとおり変更します。

【変更前】（平成29年度）

編入学志願票
受験票・写真票
成績証明書
卒業証明書または卒業見込証明書
検定料納付確認書
受験票送付用封筒
あて名票
（以下は該当者のみ）
滋賀県の医療へ貢献，県内病院での 卒業臨床研修の誓約にかかる確約書
高等学校の卒業証明書
滋賀県医師養成奨学金に関する意思 確認書



【変更後】（平成30年度）

編入学志願票
受験票・写真票
成績証明書
卒業証明書または卒業見込証明書
推薦書
自己推薦書
検定料納付確認書
受験票送付用封筒
あて名票
（以下は該当者のみ）
滋賀県の医療へ貢献，県内病院での 卒業臨床研修の誓約にかかる確約書
高等学校の卒業証明書
滋賀県医師養成奨学金に関する意思 確認書

※ 「推薦書」は，本学所定の様式（見本：別紙1）を用いて，原則として大学あるいは大学院の指導教員による推薦書を求めます。ただし，やむを得ない事情により指導教員に依頼できない場合は，その理由を入学志願票に明記することで，責任をもって志願者を推薦できる者の推薦でも可とします。

なお，記載内容について推薦者に問い合わせることがあります。

※ 「自己推薦書」は，本学所定の様式（見本：別紙2）を用いて，本学への志望動機，及び医学への貢献についての抱負について，合わせて1,200字程度で作成することを求めます。

なお，上記に係る詳しい内容については，平成30年3月中旬に「平成30年度 滋賀医科大学 医学部医学科第2年次後期学士編入学 学生募集要項」において公表の予定です。

本件に関する照会先
滋賀医科大学学生課入試室入学試験係
〒520-2192 滋賀県大津市瀬田月輪町
TEL 077-548-2071
E-mail hqnyushi@belle.shiga-med.ac.jp

別紙 1

受験番号 ※

平成 30 年度 滋賀医科大学 医学部医学科第 2 年次後期学士編入学
推 薦 書

平成 年 月 日

滋賀医科大学長 殿

推薦者氏名 _____

下記の者を貴大学医学部医学科第 2 年次後期学士編入学志願者として責任をもって推薦します。

被推薦者氏名 (志願者氏名)		被推薦者との関係	
推薦理由			
<p>これは見本です。</p> <p>この見本を利用して出願することはできません。</p>			

推薦者勤務先		職名	
勤務先所在地 連絡先	〒	Tel : ()	(勤務先・携帯)

- (備考) 1. 文章はコンピュータで作成, または黒のボールペン等を使用して記入し, 封筒に入れ厳封してください。
2. 推薦者氏名の欄は**必ず自筆で記入**してください。
3. 記載内容について問い合わせることがありますので, 推薦者の連絡先を必ず記入してください。
4. ※欄は記入しないでください。

別紙 2

受験番号 ※

平成 30 年度 滋賀医科大学 医学部医学科第 2 年次後期学士編入学

自 己 推 薦 書

平成 年 月 日

滋賀医科大学長 殿

氏名

(生年月日 年 月 日)

1. 志望の動機

これは見本です。

この見本を利用して出願することはできません。

2. 医学への貢献についての抱負 (自己アピールを含めること)