様式５

|  |
| --- |
| 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 |  |

|  |
| --- |
| 文字サイズ（16pt）、フォント（MS明朝）等の設定は変更しないでください。（この文章は削除して使用してください。） |

＜記入上の注意＞

１．志望理由は、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字以内で記入してください。

２．パソコン入力する際には文字サイズ（16pt）、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（消せるボールペンは不可）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。