|  |  |
| --- | --- |
| 受験番号 | ※J※K |

Recommendation Letter

(推　　　薦　　　書)

Year/Month/Date ( )

(平成　　　年　　　月　　　日)

To Dean of the Graduate School of Pharmaceutical Sciences,

Kumamoto University

(熊本大学大学院薬学教育部長　　殿)

I commend the applicant (the applicant’s name)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　to

Graduate School of Pharmaceutical Sciences.　(入学志願者　　 　　　　　　　　を，下記のとおり推薦します。)

Address （住所）

Name of organization （機関名）

Recommender(推薦者)

Job title/name（職・氏名)　 　　　　　　　　　　　　　 　　　　 　Seal　印

記

◎Please fill in an applicant's area of research, person view, and reason for recommendation.

　　（志願者の研究分野と人物所見及び推薦理由を記入してください。）

|  |
| --- |
|  |

Note注) 1. Do not fill in the ※ marked field.（※印欄は，記入しないでください。）

　　　　 　2. Graduating school (faculty) Merit(or instruction teacher) Please create and put into an

 envelope after entry.

 　　　　 　（出身大学 （学部） 長 （若しくは指導教員） が作成し、記入後、厳封してください。）