

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。)