受験番号	

志 願 理 由 書 (2)

医学科（この用紙は，「地域枠」及び「福井健康推進枠」（併願含む）に志願する者のみ記入してください。）

志願者	フリガナ		性 別	生 年 月 日
	氏 名		男・女	平成 年 月 日

医学科の「地域枠」及び「福井健康推進枠」（併願含む）に志願する者は，将来どのような形で福井県内の地域医療に貢献したいかについて説明してください。