志 願 理 由 書（2）

「地元出身者枠」及び「地域枠（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。

※フリガナ，氏名は自筆で記入してください。

医学部医学科		受験番号	
フリガナ		性　別	男　・　女
氏　名		生年月日	平成　　年　　月　　日
医学科の「地元出身者枠」及び「地域枠（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。			

※パソコンで入力する場合，文字入力時に黄色ハイライト表示されますが，異常ではありませんので，そのまま入力してください（印刷時に白に戻ります）。

※枠内に入りきるよう， 500 文字程度で入力（記入）してください。文字が見切れることがないよう，印刷後に必ず確認してください。