Form C

**推　薦　書**

**Letter of recommendation**

私は、未来型医療創造卓越大学院プログラムの趣旨に基づき、学生が各種活動に参加することを理解し、本学生が修士および博士課程の合計5年間または6年間（または博士課程後期の3年間・博士履修課程の4年間）、本プログラムを履修することを確認したうえで、下記のとおり推薦いたします。

■出願者（被推薦学生）氏名：

研究科・専攻名：　　　　　　　　　　　　　研究科　　　　　　　　　　　　　　　　専攻

■推薦者氏名：

所属部局：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職名：

■被推薦学生の資質、研究テーマと本プログラムの関連性について記載してください。

|  |
| --- |
|  |

■推薦者確認事項・署名

当該学生がプログラムの各種セミナーや授業、プログラムファシリテーター教員との面談に参加することについて、了承します。

当該学生がバックキャスト研修など、プログラムに必要な研修に参加することについて、了承します。

推薦者署名: 　　 　日付:

**※推薦書は指導教授が直接、以下のリンクよりアップロード願います。  
推薦書提出先：https://forms.gle/fShQmXdCTHsanQVe6**