|  |  |
| --- | --- |
| 受験番号 | \* |

(\*は学校記入欄)

推　薦　書

(　公募　・　指定校　)

年　　月　　日

学校法人小倉学園

新宿医療専門学校

学校長　殿

　　　　　　　所在地

　　　　　　　学校名

校長名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

下記の者は、人物・学業とも貴校への進学に適するものと認め推薦いたします。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性別 | 生年月日 | 年　　　月　　　日(　　　歳) |
| 志願者氏名 |  |  |
| 志望学科 | □鍼　灸　学　科 □柔道整復学科 □歯科衛生学科　午前部　　　　　(☑してください) □歯科衛生学科　午後部 | | | |
|  |
|  |
|  |
| 推薦内容 | 人　物 | 概評： | | |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 学　業 | 概評： | | |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 推薦内容記載責任者：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　**※責任者のサインは手書きでお願いいたします。** | | | |  |
|  |