

※受験番号

※印欄は記入しないこと

推 薦 書

(学校推薦型選抜用)

富山医療福祉専門学校長殿

(西暦) 年 月 日

所在地

学校名

校長名

印

下記の者を、貴校への入学適格者と認め推薦いたします。

氏 名

生年月日 (西暦) 年 月 日生

卒 業 日 (西暦) 年 月 科(課程) 卒業見込・卒業

推薦理由