

令和 年 月 日

指 定 校 推 薦 書

帯広市医師会看護専門学校長 様

学 校 名

学校長氏名

印

次の者は、貴校に入学するに相応しい能力と意欲を持つ者と認めますので、入学を許可されるよう推薦いたします。

ふりがな		性 別	男 ・ 女
氏 名		生年月日	平成 年 月 日生
推 薦 理 由			
学 業			
人 物 生 活 初 見			
健 康 状 況			
課 外 活 動 資 格			
志 望 理 由 将来の方針			