

指定校推薦

受験番号	※
------	---

令和 年 月 日

推 薦 書

福岡医療専門学校長殿

校名 _____ 立 _____ 学校

校長名 _____ ⑩

下記の者は貴校への入学を志望しており、貴校の推薦基準に適合するものと認め推薦いたします。

記

フリガナ			性別
氏 名			男・女
生年月日	年 月 日生	年 月 卒業見込み	
特記事項			

※欄は記入しないでください。