

推薦書 (指定校推薦入学試験)

受験番号

※

西暦

年

月

日

鹿児島医療福祉専門学校長 殿

所在地

学校名

校長名

印

下記の者は貴校への進学に適する者と認め推薦します。

志望学科		学科						
志願者氏名		生年 月 日	平成	年	月 日生			
平成		年	月	入学	令和	年	月	卒業見込
令和								
推薦理由								
記載責任者				印				

※印の欄は記入しないでください。

ご記入いただいた情報は、入学試験業務のためのみに使用し、他の目的には使用しません。