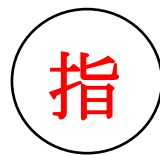


推 薦 書

〈附属横浜看護専門学校
指定校推薦入学試験用〉



年 月 日

昭和医科大学附属
横浜看護専門学校長 殿

学 校 名

学校長名



下記の者を貴校の学校推薦型選抜入学試験に適格者として推薦致します。

フリガナ			性別	生 年 月 日	
氏 名				西暦	年 月 日
現住所		〒			
推 薦 所 見	成 績 学 力				
	人 物 性 格				
	将来性 素質・能力 意欲・志向性				
	健 康 状 態				
	その他				
3 年次に所属する科 コース、クラスなど		科		コース クラス	

※記入していただいた情報を、入学試験関連業務以外での利用することはありません。