

推 薦 書

〈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

印

下記の者を貴校の学校推薦型選抜入学試験(公募)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。