

推 薦 書

〈推薦入学試験用〉

令和 年 月 日

昭和医科大学附属看護専門学校長 殿

学 校 名

学校長名

⑩

下記の者を貴看護専門学校に学校推薦型選抜入学試験の適格者として推薦致します。

フリガナ		性別	西暦
氏名			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は、入学試験以外利用致しません。