

2024年度 日本保健医療大学

学校推薦型選抜(公募制)

推薦書

日本保健医療大学 学長殿

西暦 年 月 日

学校名

学校長

公印

下記の生徒は、貴大学の入学適格者と認め、責任をもって推薦いたします。

記

氏名			志望学部		保健医療学部 看護学科	
			志望学科		保健医療学部 理学療法学科	
該当する欄に○						
生年月日	年 月 日	卒業年度	年 月 日	卒業見込み・卒業	性別	男・女

推薦理由

特記事項(人物の特徴・性格・諸活動の内容等)

記載者と本人の関係、記載者の職位と氏名

印

(注)記入・捺印の上、厳封して志願者へお渡しく下さい。