

2025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てください。