受験番号	※

推　　薦　　書

（西暦）　　年　　月　　日

玉野総合医療専門学校長　殿

学校名

校長名　　印

下記生徒は、貴校推薦入学志願者として適格と認め、推薦いたします。

フリガナ 氏　　名		（西暦）　　年　　月　　日　卒　業 卒業見込
生年月日	（西暦）　　年　　月　　日生	

推　　薦　　理　　由

人物に対する所　　見	
学習態度等に対する所見	
クラブ活動 特　　技 ボランティア活動	

〔注意〕　※印欄は記入しないでください　　（玉野総合医療専門学校推薦書）