|  |  |
| --- | --- |
| 受　付 | 受験番号 |
| ※ | ※ |

推薦書

近森病院附属看護学校長　殿

　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 所在地 |  |
| 学校名 |  |
| 学校長名 |  |
|  | 　　印　　 |

|  |  |
| --- | --- |
| 記載責任者 | 印 |

下記の者を貴校の看護学科入学志願者として適切と認め、責任を持って推薦いたします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 出願者 | フリガナ |  |  |
| 氏名 |  | 男・女 |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日生（満　　　歳） |
| 推薦理由 |

※欄は記入しないこと。