推　　薦　　書

西暦　　　　年　　　月　　　日

学校法人 河原学園

河原医療福祉専門学校

校　長　殿

学 校 名

印

校 長 名

下記の者を貴校の入学者として適当と認め、推薦します。

西暦　　　　年　　　月　　　日　卒業見込み

志願者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　西暦　　　　年　　　月　　　日生

志望学科　　　　　　　　　　　　　　　　　　志望コース

推薦区分　　　　　□ 指定校推薦　　　　　　□ 一般推薦

※どちらかの推薦区分にチェック☑をつけてください。

※記入された個人情報は、入学審査・学生管理の目的以外には使用しません。

記載者

(担任)

印

推薦理由 (人物・態度、将来の希望等、本校への志願を適当と認める所見を記入してください。)