

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 _____

校 長 名 _____ 印

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。

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。）

記載者
(担任)

印

※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。