

受付番号

※

# 推 薦 書 (推薦入試用)

学校法人 北杜学園

仙台医療福祉専門学校校長 殿

次の者は、貴校の推薦入学志願者として適当と認め、推薦いたします。

フリガナ		生 年 月 日
氏 名		年 月 日 (満 生 歳)
推薦理由		
〒 -		年 月 日
所 在 地		
電 話 番 号 ( )		
施 設・機 関 名		
施設・機関代表者 (役職名・氏名)		印

1. 黒のボールペン等を用い、楷書で記入してください。
2. 記載内容を訂正する場合は、二重線を引き、公印で訂正印を押してください。
3. 施設長・管理者記入欄の印には公印を捺印してください。
4. ※の欄は記入しないでください。