

推 薦 書

東海医療科学専門学校
学校長 殿

次の者は、貴校の推薦選考志望者として適当と認め、推薦いたします。

フリガナ			生年月日(年齢)	
氏 名			西暦	年 月 日生 (満 歳)
推 薦 理 由				
〒		西暦 年 月 日		
所 在 地				
施 設 ・ 機 関 名				
電 話 番 号 ()				
施 設 ・ 機 関 代 表 者				
印				

【記入にあたって】
1. 内容を訂正した場合は、記入者の訂正印を押してください。
2. 黒のボールペンをを用い、楷書で記入してください。
3. 施設・機関代表者記入欄の印には公印を捺印してください。
4. クリニック等で公印がない場合、院長または施設長の私印を押印し、必ず余白に私印が公印である旨を記載してください。