

受験番号 ※

※印は記入不要

## 推薦書

(学校推薦用)

平成 年 月 日

- 東海医療科学専門学校  
 東海医療工学専門学校  
 東海歯科医療専門学校

学校長殿

学校名

校長名

印

下記の者を、貴校の学生として適格と認めますので推薦致します。

記

希望学科			
ふりがな		性別	男 ・ 女
氏 名		生 年 月 日	西暦 19 年 月 日生
科 第 学年 組 年 月 卒業 ・ 卒業見込			
推薦理由			
記載責任者			
印			

受験番号 ※

※印は記入不要

# 推薦書

(医療・福祉施設推薦用)

平成 年 月 日

- 東海医療科学専門学校  
 東海医療工学専門学校  
 東海歯科医療専門学校

学校長殿

推薦者氏名

⑩

推薦者所属

推薦者住所

下記の者は、貴校への進学に適すると認め推薦します。

記

希望学科			
ふりがな	性別	男 ・ 女	
氏 名	生 年 月 日	西暦	19 年 月 日生
推薦理由(志望者との関係を必ず書いてください。)			